

(Travail de l'Hôpital Saint-Lazare)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Louis CARIAGE

Né le 3 mai 1911, à Besançon (Doubs)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôpital Saint-Lazare

Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie
et d'Hygiène industrielle et Médecine du Travail

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS SÉROLOGIQUE
CHEZ LA FEMME

SA RÉALITÉ CLINIQUE, ESSAI PATHOGÉNIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

(Travail de l'Hôpital Saint-Lazare)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Louis CARIAGE

Né le 3 mai 1911, à Besançon (Doubs)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôpital Saint-Lazare

Diplômé de Médecine légale et Psychiatrie

et d'Hygiène industrielle et Médecine du Travail

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
SYPHILIS SÉROLOGIQUE
CHEZ LA FEMME

SA RÉALITÉ CLINIQUE, ESSAI PATHOGÉNIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1939

1. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Glovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HASARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MÉNÉGAUX.... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET.	}
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).	Clinique médicale.		Clinique chirurgicale.
SÉZARY.			
MM.	}		
ÉCALLE.			
METZGER.		Clinique obstétricale.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE TRÈS CHÈRE
DE MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND-ONCLE
MONSEIGNEUR PANIER

A MA TANTE

A MA COUSINE

A MON AMI LÉON KREISLER

Interne des Hôpitaux

Mon camarade d'études, fraternellement.

A MES AMIS, LES DOCTEURS JOSEPH NEUMANN
ET JACQUES PELLERAT

Mon collègue à l'Hôpital Saint-Lazare

Avec toute mon amitié.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Hommage de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui fut mon premier Maître en Dermato-
vénérologie et qui m'a toujours réservé son
affectueuse sympathie pendant les deux années
passées dans son Service à l'Hôpital Saint-
Louis et à la consultation de l'Hôpital Laënnec.*

*Hommage de reconnaissance, d'affection et
de respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. MOREAU

Médecin de l'Hospice de Bicêtre

*Qui a réservé l'accueil le plus cordial à l'élève
de son ami Paul Baufle et qui depuis m'a tou-
jours témoigné la plus bienveillante sympathie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Clinique des maladies infectieuses
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin honoraire des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIST

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin honoraire des Hôpitaux

*En témoignage de ma respectueuse gratitude
pour leur enseignement et leur bienveillant
accueil.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN PÉRIN

Médecin-chef du Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police
Médecin de l'Hôpital Saint-Lazare

En témoignage de mon respectueux dévouement et de ma grande reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE FERNET

Médecin de l'Hôpital Saint-Lazare

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE DUREL

Médecin de Saint-Lazare

Qui m'a inspiré ce travail et prodigué ses conseils avec une grande bienveillance, en témoignage de ma gratitude et de mon affection.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET
MONSIEUR LE DOCTEUR LAPORTE
MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLE

A MESSIEURS LES MÉDECINS
DE L'HOPITAL SAINT-LAZARE

AUX DOCTEURS PAUL BLUM ET THIBAUD
Médecins du Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police

AUX DOCTEURS GEORGES LÉVY, BELGODÈRE, GRANGÉ
ET COLLART

AUX MÉDECINS-ASSISTANTS DE L'HOPITAL SAINT-LAZARE

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL
ET DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE INDUSTRIELLE
ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUMEL
Chef du Service de Dermato-Vénérologie du Val-de-Grâce

Avec toute ma gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT MOYNIER

Respectueusement.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HÔPITAL SAINT-JACQUES DE BESANÇON

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BAUFLE

Professeur de Pathologie médicale

*A qui je suis si profondément attaché pour
l'affectueux intérêt qu'il voulut bien me témoi-
gner en tant d'occasions. Témoignage de ma
plus respectueuse et sincère affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHATON

Professeur de Clinique chirurgicale

*Qui fut mon premier maître à l'Hôpital Saint-
Jacques et m'a réservé l'accueil le plus cordial
dans son Service. Avec toute ma respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES GOMET

Professeur à l'Ecole de Médecine

*Que je ne saurais trop remercier de l'affec-
tueuse sympathie et des conseils qu'il m'a tou-
jours prodigué au cours de mes études médi-
cales. En témoignage de mon dévouement
affectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEDOUX

Directeur de l'Ecole de Médecine

*En remerciements de ses leçons cliniques et
de sa grande bienveillance, avec ma respec-
tueuse gratitude.*

A MESSIEURS ARCAY, BESSOT, BRUCHON, DUVERNOY, HEN-
RIET, JACQUEMIN, MARÉCHAL, LIMON, VOLMAT.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TISSERAND

*En reconnaissance de l'amitié qu'il n'a
jamais cessé de me témoigner.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS SÉROLOGIQUE CHEZ LA FEMME

Introduction.

Le progrès de nos connaissances en sérologie ne fait que de poser des problèmes nouveaux. Si d'une part l'étude de la Syphilis des animaux nous a servi à interpréter des faits cliniques connus, elle nous montre d'autre part que notre acquit sur la question n'est encore que fragmentaire.

La sérologie, tout d'abord servante de la clinique, prend une importance telle que la non concordance entre la sérologie et la clinique ne peut pas être interprétée sans discussion comme erreur de laboratoire.

Nous voudrions étudier un point particulier, mais nous semble-t-il important de la question des rapports entre la sérologie et la clinique, celui de la « Syphilis à symptomatologie exclusivement sérologique ».

L'existence de la syphilis sérologique présente un intérêt réel tant diagnostique que thérapeutique. La constatation d'une séro-réaction positive comme première et seule manifestation de l'infection permet, sous réserve de la certitude de cette positivité, de dépister la syphilis.

Voici le cas concret :

Un sujet non connu comme syphilitique se présente à nous avec un Bordet-Wassermann positif, le problème est alors de savoir si on doit accorder une valeur absolue à la constatation de ce symptôme sérologique isolé, si cette forme particulière et monosymptomatique de syphilis doit être considérée comme une syphilis classique.

Nous envisagerons successivement au cours de ce travail .

- les causes d'erreur possible de la séro-réaction,
 - l'étude du « symptôme sérologique exclusif » de la syphilis en particulier, chez les prostituées,
 - en essayant de fonder son interprétation sur les données expérimentales,
 - enfin, les conclusions à tirer de cette étude tant du point de vue social que prophylactique.
-

Généralités.

En dehors des examens cliniques hebdomadaires et obligatoires on sait que les prostituées de Paris doivent se soumettre à un contrôle sérologique trimestriel. C'est le dispensaire de salubrité de la Préfecture de police ainsi que les trois services de consultations du dispensaire Toussaint-Barthélémy de l'Hôpital Saint-Lazare qui assument la surveillance et le contrôle de la prophylaxie vénérienne chez ces prostituées.

Durant notre internat dans ces différents services il nous a été permis d'observer chez un certain nombre de ces sujets, l'apparition soudaine de réactions sérologiques positives en l'absence de tout signe clinique et alors que l'interrogatoire ne permettait aucun soupçon.

Nous avons réuni ces observations, nous avons collationné les fiches du laboratoire de contrôle et nous avons soumis ces documents à une étude critique. Et d'emblée, nous avons été frappés par la fréquence évidemment relative de cette manifestation solitaire de la syphilis.

Cette manifestation est en effet solitaire : aucun autre signe n'est décelable par l'examen clinique le plus averti et le plus minutieux et l'interrogatoire ne permet pas de mettre en évidence la notion d'un accident spécifique antérieur.

Il s'agit donc de sujets qui en raison de leur « profession » doivent se soumettre à des examens sérologiques périodiques ; et il ne s'agit pas de malades chez lesquels la découverte d'un symptôme clinique exige la confirmation du laboratoire.

Il est évident que sans cet examen sérologique, l'infection syphilitique resterait totalement ignorée chez ces sujets apparemment sains.

Et nous pensons que ces cas peuvent entrer dans le vaste

cadre des maladies inapparentes définies pour la première fois par Ch. Nicolle et Lebaillly en 1919, de la façon suivante :

« Septicémies qui ont leur incubation, leur évolution, leur guérison et qui laissent après une immunité plus ou moins durable. Elles se distinguent de l'infection de type ordinaire par l'absence de symptôme clinique, mais elles s'y rattachent par toutes les formes de gravité intermédiaire et elles n'en sont que le type le plus réduit ».

Cette découverte retentissante en partant de l'étude des virus filtrants a créé une notion de pathologie générale particulièrement féconde.

Et si l'accord reste unanime en ce qui concerne les faits, la terminologie de l'infection inapparente a été souvent remaniée. Braindl a préféré le terme d'infection « asymptomatique » Reiter celui « d'infection muette ».

En syphiligraphie les termes de syphilis occulte (Fournier), ceux de syphilis muette, fruste, latente ou même ignorée manquent généralement de précision. Ils sont encore employés trop souvent comme synonymes.

Ils s'opposent à la syphilis à début exclusivement sérologique que nous voulons étudier, soit par l'absence de tout symptôme clinique ou sérologique, soit par la connaissance de certains antécédents, soit encore qu'il s'agisse de syphilis ancienne et traitée avec réapparition de sérologie positive.

Il nous paraît indispensable au début de ce travail de délimiter exactement le cadre restreint de notre sujet. Cette étude ne portera que sur une forme particulière de l'infection, la syphilis sérologique.

Celle-ci débute exclusivement par une sérologie positive, sans chancre, sans accidents secondaires, sans lésions viscérales et sans antécédents suspects. Elle se différencie nettement des autres formes telles que :

La syphilis décapitée qui est une forme clinique débutant, sans chancre, par des accidents secondaires et une sérologie positive.

La syphilis latente est une syphilis ancienne à début méconnu révélée par des signes cliniques tardifs viscéraux avec ou sans sérologie positive.

La syphilis humorale est une forme latente donc ancienne et à début méconnu révélée exclusivement par la sérologie positive.

Les appellations « d'infection asymptomatique » données par Braindl à la maladie inapparente ainsi que celle de Waintraub à la « syphilis asymptomatique » nous paraissent impropres et ne peuvent pas s'appliquer aux cas observés par nous.

Nos observations entreraient plutôt dans le cadre de la syphilis inapparente définie par Cl. Simon, « qui n'est muette qu'au point de vue clinique, mais qui donne des séro-réactions positives ».

Nous préférons le terme de syphilis sérologique à celui de asymptomatique parce que nous pensons que toute séro-réaction positive dûment contrôlée est un « symptôme autonome » de l'infection (Demanche) ou encore « syphilide humorale » (Chevalier).

Nous considérons la réaction de Wassermann dans cette forme de syphilis comme un véritable symptôme sérologique isolé, en effet étymologiquement symptôme signifie « coïncidence », or, dans ce cas, la coïncidence est de règle entre l'infection d'une part et la séro-réaction positive d'autre part.

Historique.

La notion de syphilis sans symptômes cliniques, bien que de connaissance récente semble-t-il, avait attiré l'attention de syphiligraphes éminents dès la fin du siècle dernier.

Le sens clinique si aigu, dont ces auteurs étaient doués leur avait fait déjà prévoir cette forme si particulière de l'infection, si bien que les méthodes biologiques modernes n'ont pu en effet que confirmer leurs observations cliniques.

Fournier dans son traité *Syphilis et Mariage*, cite, dans une note à propos de la loi de Colles, la doctrine de Diday sur les syphilis imperceptibles, en écrivant :

« Elles sont tellement atténuées qu'elles n'ont plus de symptômes, qu'elles ne se trahissent par aucune manifestation, bref qu'elles sont comme si elles n'existaient pas ».

« [L'histoire du virus, dit l'éminent syphiligraphe, nous apprend clairement que parfois le principe du mal existe dans un organisme, quoique n'y étant actuellement perceptible par aucune manifestation ».

De même, selon Hutchinson, cité encore par Fournier à la même occasion « la loi de Colles ne saurait trouver d'explication possible que dans l'infection de la mère. Et cependant notre distingué collègue (Hutchinson) est le premier à reconnaître que très généralement on ne constate pas de signe d'infection chez la mère. Si donc cette femme est syphilitique, dit-il, il faut qu'elle le soit d'une certaine façon suivant un certain mode qui lui permette d'être syphilitique sans manifestation apparente ».

Cette syphilis peut nous échapper, peut se dérober à toutes nos investigations alors cependant qu'elle existe et qu'elle a infecté l'organisme maternel assez profondément pour le rendre réfractaire à une contamination ultérieure ».

« La maladie ne se traduit par aucun symptôme, par aucun trouble de la santé ; cette absence de tout symptôme pendant les premières années n'exclut pas la possibilité d'accidents tertiaires dans un avenir plus ou moins distant. Mais le plus souvent rien ne se produit et la femme syphilitique infectée de la sorte reste en général indemne de toute manifestation syphilitique pendant toute son existence ».

Gaucher en 1917 en étudiant la syphilis sans chancre de la femme attire l'attention sur la possibilité d'une syphilisation latente conjugale qui chez la femme ne se manifeste que par des accidents tardifs « qui peut d'ailleurs toujours rester latente et n'être découverte que par une réaction de Wassermann positif ;

Bizard et Jolivet apportent en 1925 une observation de syphilis latente chez une prostituée.

Bory à la suite de la précédente publication pose le problème : est-ce une syphilis latente ? est-ce une porteuse de germes ?

Clément Simon et Milian en 1930 publient les premiers articles sur la syphilis sérologique et occulte, études particulièrement intéressantes puisqu'elles situent la question sur le terrain pratique.

D'autres auteurs ont étudié cette forme particulière de syphilis : Schulmann et G. Lévy, Benech, Bertin, Nicolas et Gaté, Durel, Raymond Weille, Krumholtz et Waintraub.

Nous venons de tracer dans ce chapitre un court historique de la clinique de cette forme de syphilis appelée « sérologique ». La difficulté de trouver de nombreux éléments d'étude sur cette question vient aussi de sa nouveauté qui fait que la terminologie n'étant pas bien fixée, il faut parfois parcourir tout un travail qui semble en dehors du sujet pour trouver un argument intéressant.

Nous citerons les travaux de syphilis expérimentale se rattachant à notre sujet dans un chapitre à part.

Étude de la sérologie.

A. — VALEUR THÉORIQUE ET APPLICATION PRATIQUE DE LA SÉROLOGIE

Avant d'aborder l'étude clinique, il convient de savoir quelle valeur on peut accorder à la réaction sérologique.

La pratique journalière des réactions sérologiques a montré que les réactions positives de type de déviation du complément ou de floculation accompagnent l'infection syphilitique et font partie de l'ensemble du syndrome morbide.

M. Milian cite 3 ordres de fait qui en se complétant les uns les autres donnent une valeur spécifique à la réaction : ces faits sont les suivants :

- 1^o Pourcentage élevé au cours des accidents syphilitiques qu'ils soient 1^{re} 2^e ou 3^e ainsi qu'au cours de la syphilis héréditaire ;
- 2^o Apparition de la réaction avec les accidents syphilitiques ;
- 3^o Disparition de la réaction avec les accidents ou sous l'influence du traitement antisypilitique.

Si ces trois lois empiriques ne correspondent pas toujours à l'observation clinique de façon absolue (et nous discuterons ultérieurement le cas des réactions paradoxales) elles nous permettent de considérer comme un « symptôme » dans le sens coïncidence toute sérologie positive pour l'infection syphilitique.

1^{re} La théorie du mécanisme de la réaction sérologique.

Après ces constatations pratiques nous allons voir rapidement l'étude théorique du mécanisme de la réaction sérologique de la syphilis.

Deux théories sont en présence :

1^{re} théorie : La première en date est de Wassermann qui voyait dans sa découverte, une réaction de type antigène anticorps dont les lois générales ont été établies par Bordet-Gengou.

2^e théorie : La plus en faveur auprès des sérologistes est celle de l'instabilité colloïdale du sérum de syphilitique, celui-ci précipitant ou floculant, plus facilement que le sérum des sujets normaux.

Les défenseurs de cette dernière théorie faisaient même entrer la réaction de déviation du complément dans les phénomènes d'ordre colloïdal, ils en faisaient une réaction de floculation décelée par l'hémolyse.

Il n'est pas dans notre intention de donner ici un exposé complet de ces divergences théoriques, si nous citons quelques acquisitions récentes, c'est uniquement parce qu'elles permettent des déductions cliniques.

A la suite des travaux de Lansteiner sur la composition des antigènes d'une part et ceux de Lecomte du Nouy sur la physico-chimie des sérums d'autre part, un grand nombre des auteurs modernes considèrent la réaction comme une vraie réaction d'antigène anticorps.

Lecomte du Nouy a en effet, montré que le sérum est une solution moléculaire vraie. Cette démonstration a permis de classer les réactions dans le cadre d'une réaction d'adsorption moléculaire et non dans la série des réactions d'interactions colloïdales.

Ce qui importe avant tout, c'est l'origine de l'antigène. Est-il spirochétien ? ou organique ?

L'expérimentation a montré que l'antigène peut très bien provenir des produits de décomposition du tréponème.

D'autre part, l'organisme peut élaborer des anticorps contre des antigènes provenant de la décomposition de ses propres tissus.

Or, l'intérêt pratique de ces hypothèses est le suivant :

La présence de tréponème donne généralement une réaction sérologique positive. Donc la réaction de Bordet-Wassermann positive est un témoin de l'infection syphilitique.

De plus, les conclusions des travaux récents aux Etats-Unis de Kolmer lui prêtent même une signification immuno-biologique

au cours de la syphilis en donnant cet exemple parmi d'autres : un traitement insuffisant déclencherait une baisse des anticorps et donne naissance à une syphilis maligne précoce.

2° La critique de la réaction sérologique.

La valeur théorique et les constatations pratiques des réactions sérologiques viennent d'être exposées au chapitre précédent. Il nous faut maintenant préciser les conditions exactes dans lesquelles il est permis de tenir compte de ces réactions en temps que « symptôme isolé de la syphilis ». Nous répétons qu'il s'agit bien entendu de sujets qui ne présentent aucun signe clinique ni aucun antécédent de syphilis.

Ces conditions sont d'ordre technique (précautions techniques de Schulmann).

Nous verrons dans l'ordre :

1° L'élimination des faux résultats ;

2° Le contrôle sérologique et discussion du résultat acquis.

a) Elimination des faux résultats.

Nous insisterons assez longuement en raison de leur fréquence relative sur certaines erreurs grossières qui pourraient être à l'origine d'un véritable désastre.

Il importe de s'attacher minutieusement à ce dépistage qui devra être conduit suivant un plan systématique et presque immuable.

L'interprétation de la réaction sérologique mérite certaines critiques.

La méfiance du clinicien sera d'autant plus mise en éveil que l'on sait qu'il semble malheureusement exister des laboratoires malhonnêtes qui systématiquement donnent un gros pourcentage de résultats positifs intéressés. Même si le résultat émane d'un laboratoire qui a toute la confiance du praticien, il devra néanmoins penser en présence d'un résultat inattendu, anormal, ou insolite, à la possibilité d'une erreur qui peut toujours être commise.

Il peut exister des erreurs grossières : étiquettes décollées, noms similaires, erreurs de noms, de fiches, d'écriture.

Il faut connaître les résultats anormaux des saisons estivales dus aux vacances du sérologiste attitré (Schulmann).

Importance de la technique.

Il est nécessaire de tenir compte dans l'exécution de la réaction des moindres détails et d'opérer avec une extrême minutie. Certaines défaillances, difficiles souvent à déceler, sont dues à des nuances, à des impondérables. L'humidité des tubes, par exemple, peut suffire à provoquer une hémolyse, qui pour insignifiante qu'elle soit, peut influencer sur une réponse, d'où la nécessité de la sécheresse absolue de toute la verrerie et de l'instrumentation utilisée (Schulmann).

On s'enquerrera des conditions dans lesquelles le prélèvement du sang a été effectué ? On sait que certains auteurs attribuent un résultat paradoxal à une faute de cet ordre : prélèvement fait après le repas, en période digestive et qui peuvent donner des résultats positifs (Raoul Bernard), que la prise de sang ait été faite trop longtemps avant l'analyse, le sérum conservé en glacière ou non, que l'échantillon ait été transporté, toutes ces conditions sont susceptibles de transformer le résultat.

Pour éliminer ces causes d'erreur, n'a-t-on pas proposé de n'autoriser à exécuter ces réactions biologiques aussi délicates qu'un petit nombre de laboratoires dûment contrôlés, qui d'autre part n'utiliseraient que des réactions standardisées ?

Dans une certaine mesure, cela a été réalisé en Allemagne, mais il semble qu'une réglementation trop stricte ne devait être faite qu'avec une prudence extrême pour ne pas entraver la liberté de la recherche scientifique.

En tout cas pour avoir le maximum de confiance et de sécurité, nous pouvons nous référer aux garanties souhaitées par Lévy Bing et William Lévy :

1° Sérologiste de premier ordre possédant une connaissance approfondie des réactions.

2°) Laboratoire bien organisé faisant beaucoup de réactions à chaque séance ;

3°) Laboratoire en rapport avec un service de syphiligraphie. Celui-ci mettant à sa disposition des sérums témoins de syphilitiques cliniquement indiscutables, de véritables sérums témoins permettant un examen comparatif ;

4°) Enfin un laboratoire utilisant constamment plusieurs méthodes.

Nous y ajouterons une méthode de contrôle périodique consistant dans l'échange entre laboratoires, d'antigènes, de sérums hémolytiques et de sérums à examiner.

b) Contrôle de la 1^{re} analyse.

Pour éliminer un résultat présumé faux, la seule méthode qui s'impose est de : *recommencer la réaction*.

Il n'y a pas urgence.

Il sera donc loisible de choisir un laboratoire de toute confiance.

Si le premier résultat a été donné par un laboratoire présentant toutes garanties, on renverra un nouvel échantillon éventuellement sous un autre nom.

On attendra quelques jours et au bout de quatre ou cinq jours on fera une prise de sang avec toutes les garanties qui découlent de nos considérations précédentes en demandant que la réaction soit pratiquée sans délai ; par la même méthode que celle du premier examen. On devra exiger en même temps des réactions différentes des précédentes. De préférence on aura soin de demander une réaction de sensibilité et une réaction de spécificité.

Que ce résultat soit négatif, positif ou encore douteux, nous allons examiner séparément ces trois éventualités :

c) La réaction est négative.

Concluera-t-on immédiatement que la clinique (absence de symptôme) avait raison ?

On serait tenté de le faire, mais on se gardera toutefois de conclure trop hâtivement.

On va mettre la malade en observation, la suivant cliniquement et sérologiquement pendant plusieurs semaines pour ne pas méconnaître :

soit une syphilis latente à Wassermann oscillant (Ogliastri) ou à éclipses ;

soit la syphilis d'une femme enceinte chez qui la grossesse a pu faire disparaître momentanément une réaction sérologique positive (Gammeltoft).

Enfin, si à plusieurs examens répétés à des intervalles suffisamment éloignés, la réaction demeure négative, on est en droit d'éliminer l'infection spécifique en particulier si cette négativité résiste à une réactivation.

d) La réaction est positive.

Devant la confirmation du premier examen on est autorisé à porter le diagnostic de syphilis qu'après avoir éliminé toutes les causes d'erreur inhérentes à la réaction sérologique elle-même.

La réaction de Wassermann a été trouvée positive chez certains sujets chez qui la syphilis de toute évidence ne semblait point en cause. Il faut n'accepter ces résultats paradoxaux qu'avec la plus extrême prudence, car lorsqu'on passe au crible d'une critique sévère, les cas pouvant être retenus, on est forcé de reconnaître leur extrême rareté.

Ajoutons d'ailleurs que les réponses discutées deviennent plus exceptionnelles avec les perfectionnements techniques de la réaction et aussi l'extension sans cesse accrue du domaine de la syphilis (Schulmann).

C'est au cours de certaines affections à protozoaires que la réaction de Wassermann a été trouvée le plus constamment positive en dehors de la spécificité. Au cours du pian les réactions seraient presque constamment positives, ainsi qu'au cours de la dourine, dans la maladie du sommeil et dans d'autres infections à trypanosomes.

Au cours du paludisme, nombreuses réactions spécifiques ont été signalées ainsi qu'au cours de la lèpre. Dans ces cas, c'est la réaction de Hecht qui est positive.

Pour Kolmer c'est surtout la présence d'antigènes partiels et parents qui provoqueraient ces réactions paradoxales.

D'ailleurs le traitement anti-syphilitique n'influe en rien sur la réaction (Jeanselme-Verne).

La réaction de Wassermann a été signalée au cours d'autres maladies infectieuses : tuberculose, scarlatine, chancrelle, lymphogranulomatose et même dans les tumeurs, ou encore la grossesse et certaines intoxications.

Il s'agit vraisemblablement dans ces cas d'une réaction posi-

tive due à la syphilis et qui est apparue à la suite d'une réaction biotropique causée par la maladie intercurrente.

En admettant même que quelques infections puissent donner le change, c'est dans une proportion tellement infime, que la logique, le calcul des probabilités et l'intérêt des malades commandent de ne pas en tenir compte (Cl. Simon).

Si donc on constate chez un sujet, après s'être entouré de toutes les précautions énumérées plus haut, une réaction de Wassermann positive sans déceler le moindre signe clinique, peut-on affirmer la syphilis ?

Nous le croyons.

Et nous en serons arrivés ainsi à poser le diagnostic de syphilis, en nous fondant sur la présence d'un symptôme isolé exclusivement sérologique. D'autant plus que l'on sait que la sérologie est capable de fournir seulement 40 %, 30 % et moins de résultats positifs chez les syphilitiques anciens et chez les hérédosyphilitiques.

e) La réaction est douteuse.

Dans le cas de symptôme incomplet caractérisé par des réactions discordantes, l'interprétation devient embarrassante.

Mais la connaissance du « clavier sérologique » (MM. Sézary et G. Lévy) facilitera alors la tâche du praticien. Ce clavier sérologique ne comprend d'ailleurs que les réactions les plus usuelles.

3° Le clavier sérologique usuel.

Les réactions de :

Wassermann classique au sérum frais sont *spécifiques*, mais pèchent par un *défaut de sensibilité* ;

Wassermann à la cholestérine, d'après Demanche cette addition de cholestérine à l'antigène rend la réaction *moins rapidement positive* ; mais dans le cas de positivité la réaction est plus intense ;

Hecht : les méthodes au sérum frais de Hecht sont incontestablement *plus sensibles* que les méthodes au sérum chauffé.

Elles ont l'inconvénient d'être *moins spécifiques* et de plus il n'est pas possible d'attacher une importance absolue à une réaction faiblement positive ;

Kahn : est une réaction *spécifique* qui de plus a une *sensibilité égale* à la réaction de *Hecht* ;

Meinicke : la réaction d'opacification de *Meinicke* a l'avantage d'être *simple et rapide*, elle a l'inconvénient de donner des résultats *aspécifiques*.

Vernes : donne toujours des réactions *spécifiques*, mais elle est *moins sensible* que le *Wassermann*.

C'est la réaction de *Kahn* qui est *la plus sensible*, ses résultats sont *toujours spécifiques*, mais parfois elle peut être négative alors que les *réactions d'hémolyse* sont *positives*.

Les réactions de *Wassermann* et de *Hecht* sont parfois dissociées dans la syphilis active, dans ce cas, c'est en général la réaction de *Hecht* qui est positive.

Pour *Vogelsang* qui a comparé entre elles les réactions de *Wassermann*, de *Kahn* standard et de clarification de *Meinicke*, le plus grand nombre de résultats positifs ont été obtenus par la réaction de *Meinicke*.

En dehors de ces réactions nous citerons les méthodes de *Sordelli*, *Miravent*, *Harrisson*, *Wyler*, *Debains*, *Demanche* et *Desmoulière*, réactions de haute sensibilité, de grande spécificité et d'apparition précoce au cours de la syphilis primaire, mais qui en raison de leur trop grande sensibilité peuvent être discutées dans la forme de syphilis que nous étudions.

Nous allons rappeler en quelques mots la précocité d'apparition au cours de la spécificité de ces différentes réactions.

L'intérêt de cette chronologie réside dans la possibilité de faire le diagnostic rétrospectif de l'infection si les réactions ont été pratiquées à des intervalles rapprochées.

Il est facile d'admettre que :

Kahn et *Hecht* : les plus précoces 12^e jour du chancre.

Wassermann classique } 15^e jour.
Meinicke

Nous avons pu voir par le court exposé du clavier sérologique usuel que les discordances démontrent justement l'utilité des réactions multiples.

Les auteurs sont unanimes à demander des réactions multiples, non seulement pour réduire les causes d'erreur possibles mais pour jeter en quelque sorte « des coups de sonde » sérologiques.

Notre maître, M. Sézary pratique toujours :

1° La réaction au sérum chauffé avec l'antigène de Bordet, Ruhlens et l'antigène de foie d'hérédo ;

2° La réaction au sérum frais type Hecht ;

3° La réaction d'opacification de Meinicke ;

4° La réaction standard de Kahn.

B. — INTERPRÉTATION DE LA RÉACTION SÉROLOGIQUE COMME SYMPTÔME ISOLÉ DE LA SYPHILIS

Nous croyons utile de citer ici l'avis de certains auteurs qui font autorité :

D'après Schulmann « la réaction de Wassermann est un symptôme qu'il faut mettre de loin au premier rang, c'est là, à coup sûr, le plus fidèle témoignage de l'infection ; que dire de plus que d'affirmer que le chancre manque plus souvent que la réaction de Wassermann.

La roséole et même les plaques muqueuses sont passagères et peuvent rester inaperçue, la réaction de Wassermann au contraire est tenace et demeure immuable très longtemps si le malade n'est pas traité ».

Dans la première étape de la syphilis, la réaction de Wassermann est donc le signe le plus fréquent, le plus fidèle et le plus persistant des signes de la spécificité. On le retrouve dans une proportion telle qu'il n'y a pas d'autres exemples de pareille constance, non seulement en clinique, cela va sans dire, mais en biologie. Même la recherche du bacille de Koch ne donne pas un si beau pourcentage (Cl. Simon).

La réaction de Wassermann positive dans les conditions que nous avons dites même monosymptomatique a donc une valeur capitale.

Étude clinique.

A. — LE SYMPTÔME EXCLUSIVEMENT SÉROLOGIQUE DE LA SYPHILIS CHEZ LA PROSTITUÉE

L'observation de Bizard et Jolivet publiée en 1925 dans le Bulletin de la Société française de Dermatologie de syphiligraphie est à notre connaissance la première observation relatant un cas de syphilis sans symptôme clinique avec réaction de sérologie positive.

Nous tenons à citer dans son intégrité l'histoire de cette malade. Ce cas est en effet le type de ce qui nous a été donné d'observer pendant notre internat à l'Hôpital Saint-Lazare.

Lucette X... est une jeune femme de 29 ans, vigoureuse, parfaitement constituée, ne présentant aucune tare héréditaire ou personnelle, bien réglée, n'ayant jamais eu ni grossesse ni fausse couche, ni même présenté un retard dans la menstruation.

Elle fait la noce depuis trois ans, époque où elle est entrée comme pensionnaire dans une maison dite de rendez-vous, qu'elle n'a jamais quittée et où le Dr Jolivet et moi la visitons à tour de rôle chaque semaine.

« Cet examen est pratiqué dans les conditions les plus satisfaisantes ; si nous nous efforçons de remplir notre mission avec tous les soins désirables, nous nous montrons peut être plus sévères et plus méticuleux envers cette pensionnaire dont nous savons la clientèle particulièrement nombreuse et qui, depuis les trois années qu'elle exerce dans cette maison, a eu des rapports certainement avec 10.000 hommes.

Lors de nos examens successifs, M. Jolivet et moi, avons pu constater que cette femme, qui n'est ni buveuse, ni fumeuse, a une bouche

parfaitement saine, que sa denture est en excellent état et ne laisse voir aucune anomalie.

Du côté des organes génitaux, la vulve, le vagin, le col sont normaux, il n'existe ni écoulement, ni ulcération.

La région anale est normale aussi.

Aucune adénopathie, ni inguinale, ni cervicale, ni olécranienne.

Nous n'avons jamais observé d'éruption sur la peau de cette femme très soigneuse d'elle-même ; à la vérité, elle présentait cependant, à plusieurs reprises, un léger état inflammatoire de la zone génitale inférieure et de la région péri-anale ; cette dermite semble être provoquée par les savonnages multipliés et les soins prolongés que prend cette femme après chaque rapport.

C'est donc la conscience tranquille que nous avons toujours donnée et renouvelée à Lucette X..., sa patente de santé, lorsqu'il y a un mois environ arrivait à la Préfecture de Police, une lettre la dénonçant comme ayant contaminé un de ses jeunes clients.

L'auteur de cette lettre était un père de famille donnant son nom et son adresse, qui informait le Service des mœurs que son fils avait tout récemment présenté un chancre syphilitique génital, diagnostiqué par un médecin compétent et que ce jeune homme, étudiant, n'avait jamais eu de rapports sexuels qu'avec Lucette X..., il croyait devoir la dénoncer, afin qu'elle soit mise hors d'état de nuire.

Dès la réception de cette lettre, je fus personnellement chargé de contre-visiter cette femme ainsi accusée.

J'allais donc visiter sans retard, avec le plus grand soin, non seulement Lucette X... mais toutes les autres femmes de cette maison, je pus répondre que chez aucune je n'avais trouvé trace d'accident syphilitique quelconque.

Cependant, ayant prélevé du sang à Lucette X... j'eus la surprise de constater que la séro-réaction était chez elle complètement positive.

Bordet-Wassermann = Ho ; Desmoulières = Ho ; réaction au sérum non chauffé, pas d'hémolyse.

Pour éviter toute erreur, je fis refaire la réaction quelques jours après par deux sérologistes différents qui obtinrent les mêmes résultats.

En 1925, il n'existait pas encore d'examens sérologiques systématiques et périodiques au Dispensaire de salubrité de la Préfecture de police de Paris.

A la suite de cette observation et de quelques cas analogues, le médecin-chef du Dispensaire a pu organiser un service sérologique qui allait être chargé des examens sérologiques obligatoires trimestriels.

Mais à cette observation de Bizard, il manque donc la succession des résultats du contrôle sérologique trimestriel précédant l'apparition de la réaction positive. Ce qui avec l'interrogatoire négatif permettrait d'éliminer l'hypothèse d'une réapparition d'un Wassermann positif au cours d'une syphilis ancienne.

Aussi, dans la plupart des observations que nous citerons nous avons toujours recherché les résultats trimestriels précédents, quelques fois nous les avons obtenus pendant plusieurs années consécutives.

Les cas de syphilis sérologique que nous avons pu recueillir ont toujours été dépistés par un examen méthodique et de la façon suivante :

C'est en venant chercher le résultat de la prise de sang trimestrielle, sans lequel d'ailleurs la carte d'immatriculation lui est refusée, qu'une prostituée dont la réaction vient de se montrer positive est présentée par l'assistante sociale au médecin. Celui-ci procède alors à un examen diagnostique, étiologique et prophylactique.

L'examen clinique porte sur toute la surface de la peau, les muqueuses buccales et génitales. De plus, il est fait un examen général complet, en particulier examen neurologique, en terminant par un interrogatoire qui doit être évidemment très critique.

Cet interrogatoire est d'une importance extrême et va être dirigé de façon particulière attendu qu'il s'adresse à une consultante dont la psychologie est tout à fait spéciale. Il faut insister sur les difficultés de cette recherche et sur l'esprit critique qu'on doit apporter à l'appréciation des réponses.

Dans les antécédents personnels, on cherche à dépister toute éruption suspecte et passagère, toute angine, une alopécie, une céphalée rebelle, un « bouton » sur les organes génitaux, une hémorroïde suspecte. En faisant les réserves habituelles, on cherche également un avortement avancé.

On étend cet interrogatoire aux antécédents familiaux et héréditaires en vue de dépister une syphilis héréditaire larvée.

Il faut savoir combien il est difficile d'apprécier le passé congénital de ces malades. Les confrontations que l'on recherche avec ténacité sont malheureusement impossibles à obtenir, sauf peut-être dans le cas d'enquête épidémiologique déclanchée par des contagions.

Il faut attacher une certaine importance aux grossesses et aux accouchements, afin de préciser dans ces différents cas les résultats des réactions sérologiques systématiques pré-natales. Nous insistons tout particulièrement sur l'aide que nous apportent les assistantes sociales dans l'interrogatoire de ces malades.

Pour compléter notre diagnostic et pour guider notre thérapeutique nous proposons la ponction lombaire qui malheureusement est exceptionnellement acceptée. Cette façon de procéder permet dans la règle d'éliminer ainsi toutes causes d'erreur de diagnostic.

Nous savons qu'il existe, en effet, une syphilis nerveuse inapparente qui a été très bien étudiée par Ravaut et dans laquelle les lésions ne se décèlent par aucun signe clinique et ne peuvent être dépistées que par l'étude biologique : analyse du liquide céphalo-rachidien.

Pour Ravaut il existe une « forme biologique latente curable », au cours de laquelle les lésions restent latentes pendant plusieurs mois, plusieurs années même, puis disparaissent sans laisser de traces, même spontanément. Mais pratiquement, une réaction positive complète ou partielle, sans signes cliniques, représente une lésion du système nerveux qui doit être traitée.

Nous avons pris comme exemple au cours de cette étude, le symptôme exclusivement sérologique de la syphilis chez la prostituée. Mais il faut savoir qu'on rencontre ce symptôme en dehors de ce milieu spécial et dans des cas que nous allons maintenant étudier.

Nous verrons d'ailleurs que le diagnostic présentera également les mêmes difficultés et tout ce que nous avons exposé à propos de la sérologie, leur doit être appliqué intégralement.

Observations		Négativité de la sérologie						Passage à la positivité	
No	Nom	Age à la 1 ^{re} séro-réaction négative	contrôles sérologiques antérieurs					âge	Nombre de jours
			irréguliers	durant nombre de mois	absence de contrôle pendant nombre de mois	valable	durant nombre de mois		
1	D. Andrée	25	1		6	12	33	28	
2	D'O. Carmieli	30	1		8	10	28	33	
3	D. Marie-Hélène	42	1		12	9	25	45	
4	M. Zélie	26	5	16	33	7	18	33	
5	B. Thérèse.....	33	10	22	8	5	15	38	
6	C. Marie-Anne	23	1		2	5	14	26	1
7	D. Jacqueline	26	2	4	6	5	11	28	
8	P. Germaine	20				4	10	21	
9	C. Fortunée	20	3	7	8	3	9	22	
10	B.					4	9		
11	A. Andrée	18				2	7	18	
12	B. Paule	24	1		7	2	7	25	
13	L. Marie-Louise.....	18				2	5	18	
14	L. D. Yvonne	21				2	5	22	
15	P. Marie	31	6	18	12	2	5	35	
16	K. Louise	47				2	5	47	
17	L. Germaine	26	7	29	9	2	4	29	
18	M. Andrée.....	29	19	54	16	2	4	36	
19	L. Charlotte.....	31	11	30	7	2	4	36	1
20	A. Germaine.....	34	1		12	2	4	36	
21	P. Yvonne	18				1		18	
22	M. Marie.....	19				1		19	
23	B. Yvette	19				1		19	
24	B. Hélène	21	5	11	7	1		22	
25	L. Marcelle.....	23				1		23	
26	H. Yvonne.....	25	1		8	1		26	

Positivité de la sérologie						Négativation		Observations particulières
act.	B.-W. K.	contrôle de la positivité				Début du traitement jours après	jours	
		1 ^{er} contrôle nombre de jours après	B.-W. K	2 ^e contrôle nombre de jours après	B.-W. K.			
+	+						191	traitement irrégulier
+	+						113	
+	+						107	
+	+						76	
—	+	7	+	+	+	+	10	
—	+		+	+	+			
+	+	10	+	+	+		10	traitement irrégulier
+	+		+	+	+		201	
+	+		+	+	+		100	
+	+							
+	+						66	entre à Saint-Lazare,
+	+						88	cervicite
+	+							
—	—	21	—	—	—	+	30	94
+	—		—	+	—			
+	+				+	+	158	traitement irrégulier
+	+							
+	+	7	+	+	+		7	44
+	+		+	+	+			
+	+	4	+	+	+		7	3 jours après traitem.
+	+		+	+	+			roséole typique
+	+		+	+	+		89	
+	+						130	
—	+	25	+	+	+	+	25	116
+	+		+	+	+			
+	+		+	+	+		165	entre St-Lazare, vaginite,
+	+							traitement irrégulier.
+	+	8	+	+	+		8	
+	+		+	+	+			
+	+	6	+	+	+		6	258 traitement irrégulier
+	+		+	+	+			
+	+						83	
+	+	3	+	+	+			tub. pulm. cervicite
+	+		+	+	+		91	
—	—	12	+	+	+	+	12	104
+	—		+	+	+			
+	+						89	
+	+							
+	+							
—	+	7	+	+	+	+	7	110 St-Lazare, cervicite
—	+		+	+	+			

Observations		Négativité de la sérologie						Passage à la positivité	
N ^o	Nom	Age à la 1 ^{re} séro-réaction négative	contrôles sérologiques antérieurs					âge	Nombre de jours depuis la dernière réaction négative
			irréguliers	durant nombre de mois	absence de contrôle pendant nombre de mois	valable	durant nombre de mois		
27	P. Mireille	26	1		12	1		27	97
28	V. Jeanne	30				1		30	91
29	P. Eugénie	29	6	15	12	1		30	80
30	B. Antonine	31				1		31	84
31	C. Emilienne	34				1		34	90
32	B. Louise-Lucie	38				1		39	113
33	F. Paule							18	
34	L. Solange							18	
35	P. Emilienne							19	
36	B. Marthe							22	
37	G. Fanny							22	
38	J. Monique							23	
39	G. Simonne							23	
40	Pa. Marie							24	
41	A. Monique							33	
42	V. Juliette							36	
43	F. Marcelle							41	
44	M. Germaine	22	1		6	4	10	23	112
45	J. Jeanne	24	4 7	14 38	7	2	4	31	115 103
46	M. Ambrosine	27			7	1 2	3	28	88 91
47	B. Marie-Louis	30				6 2	17	31	87 84

Positivité de la sérologie						Négativation		Observations particulières
ct.	B -W. K.	contrôle de la positivité				Début du traitement jours après	jours	
		1 ^{er} contrôle nombre de jours après	B.-W. K	2 ^e contrôle nombre de jours après	B.-W. K			
+	+	5	+					
+	+		+					
+	+	7	+				86	
+	+		+					
+	+		+				88	traitement institué sur
+	+		+				44	réaction incomplète. +
+	+		+				125	
+	+	15	+	18	+	18	88	
+	+		+	+	+			
+	+	7	+	10	+			gale
+	+		+	+	+			
H ₀		7	H ₃ H ₀	24	+			gale
					+			
+	+	9	+					
+	+		+					
+	+	124	+		4	124	108	
+	+		+					
H ₀		2	+	3 et 7	+	11		vaginite gono.
			+	+				
+	+	9	+					
+	+		+					
+	+	6	+					métrite et gono.
+	+		+					
+	+	2	+			32		cervicite gono.
+	+		+					
+	+	13	+		15	90		
+	+		+					
+	+	30	+		30	185		trait. irrégulier
+	+		+					
+	+	16	+		16	78		
+	+		+					
+	+	12	+			168		
+	+		+					
+	+	83	+					
+	+		+					
+	+	15	+			186		
+	+		+					
+	+	5	+					
+	+		+					

1^o Observations.

Pour présenter nos observations, nous avons adopté la classification suivante :

Nous tenons compte :

- 1^o des antécédents sérologiques ;
- 2^o de l'âge de la prostituée.

A. — *Observations de I à XX.*

Dans ce groupe, nous avons classé les prostituées qui ont au moins deux contrôles sérologiques négatifs pratiqués dans les quatre mois précédant le virage de leur séro-réaction vers la positivité.

Les observations I, II, III, IV ont plus de 7 séro-réactions négatives antérieures.

Les observations de XI à XX n'ont que deux séro-réactions antérieures.

L'âge des femmes oscille entre 18 et 42 ans.

Les observations VIII, XI, XIII, XIV concernent des femmes débutantes dans la prostitution.

OBS. I. — D... Andrée, née en 1906. Dispensaire de la Salubrité.

30 décembre 1931	négative
6 juillet 1932	—
5 octobre	—
28 décembre	—
3 avril 1933	—
28 juin	—
29 septembre	—
5 janvier 1934	—
4 avril	—
6 juillet	—
3 octobre	—
4 janvier 1935	—
5 avril 1935	B.-W. négatif
4 juillet 1935	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Examen : Pas d'accidents cutanés et muqueux.

Aucun signe clinique.

Aucun traitement antérieur.

Mise en traitement, suivi irrégulièrement.

13 octobre 1935 B.-W. + + + +

H. + + + +

13 janvier 1936 négatif

toujours *négatif* jusqu'au 13 janvier 1939.

OBS. II. — D... Anna, née en 1902. Dispensaire de la Salubrité.

8 janvier 1932 négatif

7 septembre —

12 décembre —

15 mars 1933 —

14 juin —

15 septembre —

12 janvier 1934 —

11 avril —

11 juillet —

24 octobre —

30 janvier 1935 —

29 avril 1935 positif B.-W. + + + +

H. + + + +

Examen : Aucun accident clinique.

Pas de lésions cutanées ou muqueuses.

Aucun traitement antérieur.

Mise au traitement.

20 août 1935 négatif

Traitement irrégulier.

1^{er} mars 1937 positive

négative jusqu'au 21 décembre 1938.

OBS. III. — D... Marie, née en 1890. Dispensaire de la Salubrité.

6 janvier 1932 négative

12 décembre —

22 mars 1933 —

28 juin —

25 septembre —

29 décembre —

26 mars 1934 —

2 juillet —

1^{er} octobre —

12 décembre 1934 négatif
 20 mars 1935 B.-W. + + + +
 H. + + + +

Examen : Pas de signes cliniques cutanés ou muqueux.

Pas d'antécédents suspects.

Aucun traitement antérieur.

Mise en traitement.

5 juillet 1935 négatif
 B.-W. négatif jusqu'au 8 février 1939

OBS. IV. — M... Zélie, née en 1905.

27 novembre 1931 B.-W. négatif
 6 mai 1932 —
 26 octobre 1932 —
 8 septembre 1933 —
 28 mars 1934 —
 14 janvier 1937 —
 12 avril 1937 —
 29 juin 1937 —
 22 septembre —
 28 décembre —
 17 mars 1938 —
 9 juin 1938 —
 5 septembre 1938 B.-W. — — + +
 H. — — + +
 12 septembre 1938 B.-W. + + + +
 H. + + + +
 15 septembre 1938 mise en traitement.

Examen : Syphilis antérieure clinique ou humorale niée, aurait eu à Marseille en 1936 une réaction négative ? Col : quelques œufs de Naboth. Bourrelet hémorroïdaire saillant : sodomie.

10 novembre 1938 B.-W. H_s H₀
 Depuis les B.-W. tous négatifs.

OBS. V. — B... Thérèse, née en 1899. Dispensaire de la Salubrité.

juillet 1932 négatif
 septembre —
 novembre —
 février 1933 —
 mai —
 juillet —
 octobre —

janvier 1934	négatif
23 avril	—
février 1935	—
octobre 1935	—
janvier 1936	—
avril 1936	—
septembre	—
18 décembre	—
16 mars 1937	positif + + + +
	+ + + +
26 mars 1937	+ + + +
	+ + + +

Examen : Aucun signe cutané clinique.

Aucun antécédent.

Aucun traitement antérieur.

Mise au traitement.

25 juin 1937	— + — +
	— + — +
4 octobre 1937	négatif
24 janvier 1938	négatif

Obs. VI. — C... Marie, née en 1905. Dispensaire de la Salubrité.

11 décembre 1931	négatif
3 juin 1932	—
23 septembre	—
25 janvier 1933	—
10 mai	—
11 septembre 1933	négatif
5 janvier 1934	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Examen : Pas d'antécédents suspects.

Pas de signes cliniques de syphilis.

Aucun traitement antérieur. Mise au traitement.

20 avril 1934	négatif
---------------	---------

tous les B.-W. trimestriels sont négatifs jusqu'au 27 février 1939.

Obs. VII. — D... Jacqueline, née en 1910. Dispensaire de la Salubrité.

21 février 1936	négatif
13 mai	—
13 novembre	—
8 février 1937	—
20 avril	—

26 juillet	négatif
25 octobre	—
13 janvier 1938	positive

Examen : Aucune lésion cutanée ou muqueuse.

Pas d'antécédents syphilitiques. Aucun traitement antérieur. Mise au traitement.

Obs. VIII. — P... Germaine, 20 ans. Dispensaire de la Salubrité.

2 juin 1933	négatif
4 septembre	—
8 octobre	—
12 mars 1934	négatif
8 avril 1934	positif

Entrée le 6 avril 1934, Service Fernet pour cervicite.

Examen : Gros col avec pertes glaireuses.

Pas d'adénopathie. Pas de signes cutanés ou muqueux de syphilis.

Mise au traitement le 12 avril 1934.

Sort du Service le 29 mai 1934.

13 juin 1934	négatif
--------------	---------

Traitement continué à la Salubrité jusqu'au 15 mars 1938. Dernier B.-W. négatif.

Obs. IX. — C... Fortunée, née en 1911. Dispensaire de la Salubrité.

6 novembre 1931	négatif
13 février 1932	—
29 juin 1932	—
8 mars 1933	—
9 juin 1933	—
13 septembre 1933	négatif
11 décembre 1933	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Examen : Aucun signe clinique de syphilis.

Aucun traitement antérieur.

Mise au traitement 88 jours.

9 mars 1934	négatif
8 juin 1934	—

et pendant 5 ans toutes les réactions trimestrielles sont négatives jusqu'au 18 janvier 1939.

OBS. X. — B... N° 149.

6 janvier 1932	B.-W. négatif
1 ^{er} avril 1932	—
1 ^{er} juillet 1932	—
7 octobre 1932	—
9 janvier 1933	B.-W. — — — —
	H. — + — +
17 janvier 1933	mise en observation

Antécédents cliniques antérieurs niés.

Aucun signe clinique.

Aucun traitement antérieur.

Contrôle le : 30 janvier 1933	B.-W. — — — +
	H. — + — +
9 mai 1933	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Mise au traitement.

9 août 1933	B.-W. négatif.
-------------	----------------

OBS. XI. — A... Andrée, née en 1918. Dispensaire de la Salubrité.

15 mai 1936	B.-W. négatif
29 août 1936	B.-W. négatif
19 novembre 1936	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Examen le 21 novembre 1936.

Pas d'accidents cutanés ou muqueux.

Aucun antécédent de syphilis connu.

Aucun traitement antérieur.

A un ami syphilitique depuis 5 mois en juillet 1936.

Mise au traitement.

Qui est continué au dispensaire Toussaint-Barthélemy, puis Saint-Louis, Service Sézary.

B.-W. négatif le 28 avril 1937.
3 mai 1937, réactivation : B.-W. négatif.

OBS. XII. — B... Paule, née en 1913. Dispensaire de la Salubrité.

5 mai 1937	négatif
5 novembre 1937	—
4 février 1938	négatif
2 mai 1938	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Mise au traitement.

Examen : Pas de manifestations cutanéomuqueuses.

Aucun traitement antérieur.

9 mai 1938	B.-W. + + + +
	H. + + + +
15 juin 1938	négatif
16 septembre	négatif
16 décembre 1938	négatif

Obs. XIII. — L... Marie-Louise, née en 1919.

Premier séjour dans le Service Fernet pour gale.

B.-W. H₈ H₈ 24 décembre 1937.

On lui découvre une métrite suppurée et une endocervicite.

Elle sort du Service le 17 janvier 1938.

B.-W. négatif le 23 février 1938 au dispensaire de la Salubrité.

Deuxième séjour: revient le 23 mai 1938 dans le Service pour B.-W. H₈ H₀.

Contrôle: B.-W. 27 mai 1938 H₀ H₀.

Examen: Pas d'antécédents syphilitiques connus, aucun signe cutané ou muqueux, pas de traitement antérieur.

30 mai 1938: traitement.

juin 1938: apparition de la roséole.

Obs. XIV. — L... Yvonne, née en 1914. Au dispensaire de la Salubrité.

9 septembre 1936 B.-W. négatif

1^{er} décembre 1936 —

22 février 1937 B.-W. + + + +

H. + + + +

Contrôle le: 26 février 1937 B.-W. + + + +

H. + + + +

à Saint-Louis, Service Sézary.

Examen: Pas de signes cliniques de syphilis.

Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux.

Pas de traitement antérieur.

Mise au traitement.

21 mai 1937 B.-W. négatif.

Obs. XV. — P... Marie, née en 1900.

16 décembre 1931 B.-W. négatif

17 juin 1932 —

28 septembre —

26 décembre —

5 mai 1933 —

6 novembre —

30 novembre 1934 —

11 mars 1935 —

17 juin 1935 B.-W. + + + +
H. + + + +

Examen : Pas d'antécédents de syphilis connus.

Aucun signe cutané ou muqueux.

Pas de traitement antérieur.

Mise au traitement.

25 septembre 1935 B.-W. — + — +
H — — + +

toutes les séroréactions négatives jusqu'au 1^{er} février 1939.

OBS. XVI. — K... Louise, née en 1885.

8 juin 1932 négative
21 octobre 1932 négative
19 janvier 1933 B.-W. — — + +
H. — + + +

Antécédents cliniques antérieurs niés.

Aucun traitement antérieur. Aucun signe clinique.

13 février 1933 B.-W. + + + +
H. + + + +

Mise en traitement.

9 juin 1933 négatif

négative jusqu'au 20 janvier 1939.

OBS. XVII. — L... Germaine, née en 1906. Dispensaire de la Salubrité.

4 janvier 1932 négatif
27 juillet —
5 octobre —
17 mars 1933 —
19 juin —
6 février 1934 —
18 mai —
14 octobre —
15 mars 1935 négatif
12 juillet 1935 positif

Entre le 12 avril 1935 au Service Fernet pour vaginite avec pertes puru-
lentes.

Examen : Aucun signe de syphilis.

Aucun traitement antérieur.

Pas de syphilis connue.

Mise au traitement.

Sort le 27 mai 1935 du Service.

19 juin 1935	positif
25 septembre 1935	négatif
27 octobre	négatif

Au dispensaire de la Salubrité continuation du traitement.

2 avril 1936	négatif
10 juillet 1936	—
16 octobre	—
15 janvier 1937	—
12 janvier 1938	—
16 juillet	—
7 novembre	—
10 février 1939	négatif

Obs. XVIII. — M... Andrée, née en 1903. Dispensaire de la Salubrité.

3 juin 1932	négatif
23 septembre 1932	—
19 octobre	—
13 mars 1933	—
14 juin	—
22 septembre	—
13 octobre	—
12 mars 1934	—
13 juin	—
17 septembre	—
19 octobre	—
18 mars 1935	—
19 juin 1935	—
23 septembre	—
27 septembre	—
27 mars 1936	—
26 juin 1936	—
9 octobre 1936	—
10 janvier 1937	—
21 mai 1938	—
5 septembre 1938	—
5 octobre 1938	négatif
2 mars 1939	positif
10 mars 1939	positif

Examen : Mise au traitement. Aucun accident visible cutané ou muqueux, pas de traitement antérieur, aucun antécédent suspect.

Obs. XIX. L... Charlotte, née en 1900. Dispensaire de la Salubrité.

6 novembre 1931	B.-W. négatif
6 juillet 1932	—
11 novembre 1932	—
17 février 1933	—
12 juin	—
18 septembre	—
27 décembre	—
19 mars 1934	—
9 janvier 1935	—
26 avril	—
11 décembre	—
11 mars 1936	—

Entre le 19 juin 1936 Service Fernet pour B.-W. positif.

19 juin 1936	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Contrôle le : 25 juin 1936	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Examen : aucun signe cutané ou muqueux, pas d'antécédents syphilitiques. Aucun traitement antérieur.

Mise au traitement, sort du Service le 9 juillet 1936.

10 mars 1937	négatif
10 mars 1937	B.-W. négatif
18 mars 1938	—
16 mai 1938	B.-W. négatif

Obs. XX. — A... Germaine, née en 1901.

10 juillet 1935	négative
-----------------	----------

Depuis les B.-W. sont négatifs.

25 août 1936	} B.-W. négatif	
30 décembre 1936		
24 mars 1937		positif + + + +
		— + + + +

Pas d'accidents cutanés ni muqueux.

Aucun traitement antérieur.

Mise au traitement.

25 juin 1937	négatif.
--------------	----------

B. — Observations de XXI à XXXII

Dans ce groupe nous avons classé les prostituées qui ont une seule réaction antérieure négative.

Les observations XXI, XXII, XXIII, XXV concernent des femmes débutant dans la prostitution.

Obs. XXI. — P... Yvonne, née en 1917.

17 juin 1935 négatif.

Entre le 18 juillet 1935 Service Fernet pour vaginite.

Contrôle	{	18 juillet 1935	positif
		pas de lésions cutanées ou muqueuses	
		pas de syphilis connue	
		pas de traitement antérieur	
		21 juillet 1935	positif.

Mise au traitement.

Sort le 4 septembre.

Obs. XXII. — M... Marie, née en 1914. Au dispensaire de la Salubrité.

18 novembre 1933 négatif

12 février 1934 positive B.-W. + + + +

H. + + + +

Examen : Aucun antécédent de syphilis.

Aucun traitement antérieur.

Pas de signes cliniques cutanés ou muqueux.

Mise au traitement.

14 mai 1934 négatif

28 novembre 1934 négatif

tous les examens trimestriels très réguliers sont négatifs jusqu'au 30 janvier 1939.

Obs. XXIII. — B... Yvette, née en 1914.

17 juillet 1933 négatif

13 octobre 1933 B.-W. — — — +

H. — + — +

25 octobre 1933 B.-W. + + + +

H. + + + +

Au dispensaire de la Salubrité.

Examen : Antécédents cliniques antérieurs niés.

Pas de signes cliniques de syphilis acquise ou héréditaire.
Mise au traitement.

7 février 1934 négatif.

OBS. XXIV. — B... Hélène, née en 1914.

5 avril 1935 B.-W. négatif
27 septembre 1935 —
27 octobre 1935 —
25 mars 1936 négatif
9 septembre 1936 positif

Au dispensaire de la Salubrité.

Examen : Pas d'accident cutané ou muqueux.

Aucun antécédent.

N'a jamais reçu de traitement.

Mise au traitement.

8 mars 1937 B.-W. négatif
7 juin 1937 —
10 septembre 1937 —
10 décembre 1937 B.-W. + + + +
H. + + + +

A suivi irrégulièrement son traitement.

5 janvier 1938 B.-W. négatif
10 avril 1938 —
13 juillet 1938 —
17 octobre 1938 —
16 janvier 1939 négatif

OBS. XXV. — L... Marcelle, 23 ans.

2 octobre 1936 négatif

Entre le 10 octobre Service Fernet pour érosion métritique du col.

Erosion circulaire du col. Quelques pertes.

Muco-purulentes.

Pas d'antécédents syphilitiques.

Pas de signe actuel de syphilis 1 ou syphilis 2.

Micropolyadénopathie.

Antécédents : A fait fin octobre 1936 un ictère catarrhal qui a duré 24 jours.

10 octobre 1934 positif

Mise au traitement.

19 octobre 1934. H₆ H₀ après 2 bivatol.
29 janvier 1937. fait une hémoptysie.
B.-W. négatif.

Est transportée à Lariboisière.

Obs. XXVI. — H... Yvonne, née en 1912.

	10 mars 1937	B.-W. négatif
	8 octobre 1937	—
	12 janvier 1938	B.-W. — — + +
		H. — — + +
Contrôle :	19 janvier 1938	B.-W. + + + +
		H. + + + +

Au dispensaire de la Salubrité.

Examen : Pas de signe clinique de syphilis.

Nie tout antécédent suspect.

Aucun traitement antérieur.

Mise au traitement.

	11 mai 1938	B.-W. négatif
	20 janvier 1939	B.-W. négatif

Obs. XXVII. — P... Mireille, née en 1910.

	30 octobre 1936	négatif
	10 novembre 1937	négatif
	14 février 1938	B.-W. + + + +
		H. + + + +
Contrôle :	19 février 1938	B.-W. + + + +
		H. + + + +

Obs. XXVIII. — V... Jeanne, née en 1908.

	20 juillet 1938	négative
	19 octobre 1938	B.-W. + + + +
		H. + + + +

Dispensaire de la Salubrité.

Examen : Aucun signe clinique.

Aucun traitement antérieur.

Mise au traitement.

Consulte dans le Service Sézary.

Contrôle : 26 octobre 1938 positif

Mise au traitement.

	20 janvier 1939	négatif.
--	-----------------	----------

Obs. XXIX. — P... Eugénie, née en 1906.

	27 septembre 1935	négative
	27 décembre	—
	27 mars 1936	—
	29 juin 1936	—
	5 octobre 1936	—
	10 janvier 1937	—

5 janvier 1938	négative
26 mars 1938	B.-W. — — + +
	H. — + + +

Au dispensaire de la Salubrité.

Examen : Antécédents cliniques antérieurs niés.

Aucun signe cutané ou muqueux.

Pas de traitement antérieur.

Mise au traitement.

22 juin 1938 négative
négative jusqu'au 23 octobre 1938.

OBS. XXX. — B... Antonine, née en 1905.

28 novembre 1936	négatif
22 février 1937	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Dispensaire de la Salubrité.

Examen : Pas de signes cutanés ni muqueux de syphilis.

Pas d'adénopathie mais légère céphalée et vertiges **matinaux**.

Aucun antécédent, aucun traitement.

25 février 1937, mise en traitement
7 avril 1937 B.-W. négatif
négatif jusqu'au mois de janvier 1938.

OBS. XXXI. — C... Emilienne, née en 1899.

12 avril 1933	négatif
11 juillet 1933	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Dispensaire de la Salubrité.

Examen : Pas de signes cliniques suspects.

Antécédents cliniques antérieurs niés.

25 octobre 1933	B.-W. — — + +
	H. — — + +
2 février 1934	— — — —
	— + — +
4 mai 1934	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Mise en traitement.

14 novembre 1934	B.-W. — — — —
	H. — — — —

depuis négative jusqu'au 26 décembre 1938.

Obs. XXXII. — B... Louise, née en 1894.

23 novembre 1932	négatif
16 mars 1933	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Examen : Pas de signes cliniques.

Pas de traitement antérieur.

31 mars 1933	B.-W. + + + +
	H. + + + +

3 avril 1933 positif

1^{er} juillet 1933 négatif

négatif jusqu'en février 1939.

C. — Observations de XXXIII à XLIII.

Dans ce groupe, nous classons les observations de prostituées qui n'ont pas de séro-réaction antérieure.

Les observations XXXIII et XL concernent des prostituées débutantes dans la prostitution.

Obs. XXXIII. — F... Paule, âgée de 18 ans.

Entre le 2 mars 1939 dans le Service Fernet pour gale.

H. + +

K. + + + le 2 mars 1939.

Contrôle H₀ H₀ le 9 mars 1939 dans un autre laboratoire.

Nouveau contrôle :

B.-W. + +

+ + + le 12 mars 1939

K. + + +

Examen : Pas d'antécédents syphilitiques avoués.

Pas de traitement antérieur.

Aucune lésion cutanée.

Au speculum : col petit et normal.

Déflorée à 15 ans, prostituée depuis le 26 décembre 1938.

Obs. XXXIV. — L... Solange.

Entre le 6 janvier 1939 Service Fernet pour gale.

6 janvier 1939 H₈ H₀

Contrôle : 13 janvier 1939 B.-W. H₈ H₀

Pas d'accidents syphilitiques connus.

Col normal, aucun signe clinique.

Pas de traitement antérieur.

Mise en traitement 17 janvier 1939.

8 février 1939	B.-W. +
	— + +
	Kahn + +

Sort le 23 février 1939.

OBS. XXXV. — P... Emilienne, née en 1918.

Elle a 19 ans le 10 février 1937 B.-W. + + + +

H. + + + +

Contrôle le 12 février 1937 B.-W. + + + +

H. + + + +

Au dispensaire de la Salubrité :

Examen le 12 février : Pas de signes cliniques de syphilis, quelques végétations vulvaires, pas d'antécédents suspects, accouchement normal un mois auparavant.

Mise en traitement.

B.-W. négatif le 13 septembre 1937.

B.-W. négatif le 18 janvier 1937.

OBS. XXXVI. — B... Marthe, née en 1911.

7 mars 1933 B.-W. — — — +

H. — — + +

29 juin 1933 B.-W. + + + +

H. + + + +

Au dispensaire de la Salubrité.

Examen : Antécédents cliniques antérieurs niés.

Aucun traitement antérieur.

Aucune lésion suspecte.

Mise en traitement au dispensaire Toussaint-Barthélémy.

15 octobre 1933 B.-W. négatif

15 novembre 1933 —

16 février 1934 —

27 juin 1934 —

B.-W. négatif jusqu'au 20 janvier 1939.

OBS. XXXVII. — G... Fanny, âgée de 22 ans.

Entre le 6 janvier 1939 au Service Fernet pour vaginite et présence de gonocoques.

6 janvier 1939 B.-W. H₈ H₀

8 janvier 1939 B.-W. H₆ H₀

11 janvier 1939 B.-W. + +
+ + +

Pas d'accidents syphilitiques avoués.
Pas de traitement antérieur.
Aucun signe clinique cutané ou muqueux.
Col : cervicite discrète.
Pertes muqueuses.

15 janvier 1939 B.-W. H₀ H₀

Mise au traitement le 17 janvier 1939.

Sort le B.-W. négatif.

OBS. XXXVIII. — J... Monique, âgée de 23 ans.

Entre le 19 janvier 1939 dans le Service Fernet pour cervicite à gonocoques.

24 janvier 1939 B.-W. + +

K. + +

Contrôle : 2 février 1939 B.-W. + + +

+ + +

+ + +

Examen : Aucun signe clinique de syphilis.

Pas de syphilis connue.

Pas de traitement antérieur.

Est enceinte de 3 mois.

Elle a un enfant de 6 ans, 2^e de 3 ans 1/2, en bonne santé.

Accouchements normaux.

En juin 1938 à Bichat fausse couche de 6 mois 1/2 vraisemblablement provoquée à B.-W. négatif.

Se prostitue depuis juillet 1938.

Mise en traitement. Sort du Service en février 1939.

OBS. XXXIX. — G... Simone, 23 ans.

Entre le 15 décembre 1938 pour métrite à gonocoques dans le Service Fernet.

15 décembre 1938 H₀ H₀ P P

Contrôle : 21 décembre 1938 B.-W. + + + +

Kahn + +

Déflorée à 21 ans et demi.

Pas d'antécédent de syphilis connu.

Aucun signe clinique cutané ou muqueux.

Aucun traitement précédent.

Très légère *exocervicite*. Mise en traitement.

Sort du Service le 8 février 1939.

B.-W. H_s H₀ le 7 février 1939.

Obs. XL. — P... Marie, née en 1913.

Entre le 10 décembre 1936 âgée de 23 ans dans le Service Fernet pour métrite et bartholinite.

B.-W. H₀ H₀ le 10 décembre 1936.

Examen : Aucune lésion cutanée ou muqueuse visible.

Pas de traitement antérieur.

A une fille de 4 ans.

Cervicite légère et bartholinite bilatérale.

Mise au traitement, se négative en 33 jours.

B.-W. H₈ H₈ le 12 janvier 1937.

Du 14 décembre 1936 au 22 août 1937 reçoit 30 bivatol.

B.-W. H₈ H₈ le 31 août 1937.

Obs. XLI. — A... Monique, née en 1903. Au dispensaire de la Salubrité.

27 mai 1936 B.-W. — — + +

H. — — + +

9 juin 1936 B.-W. — — + +

H. — — + +

Pas de manifestations cutanées ou muqueuses.

Petite adénopathie inguinale banale.

Pas de traitement antérieur.

Mise au traitement le 11 juin 1936.

9 septembre 1936 B.-W. — — — +

H. — + — +

Puis traitement irrégulier.

11 décembre 1936 B.-W. + + + +

H. + + + +

8 janvier 1937 B.-W. — — — —

H. — — — —

Obs. XLII. — Juliette, née en 1897. Au dispensaire de la Salubrité.

19 mai 1933 B.-W. — — — +

H. — + — +

19 juin 1933 B.-W. — — + +

H. — + + +

Examen : Antécédents cliniques antérieurs niés.

Aucun traitement antérieur.

Aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire.

Mise en traitement.

22 septembre 1933 B.-W. — + — +

H. — — + +

20 décembre 1933	négatif
21 mars 1934	—
27 juin 1934	—
21 décembre	—
20 mars 1935	—
21 juin	—
20 septembre	—
20 décembre 1935	négatif
25 mars 1936	—
22 juin 1936	—
28 septembre	—
23 décembre	—

Les examens trimestriels très réguliers sont négatifs jusqu'au 10 décembre 1938.

Obs. XLIII. — F... Marcelle, née en 1892.

30 janvier 1933	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Au dispensaire de la Salubrité.

Examen : Pas d'antécédents de syphilis acquise ou héréditaire.

Pas de signes cliniques cutanés ou muqueux.

Aucun traitement antérieur.

16 février 1933	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Mise au traitement.

5 mai 1933	B.-W. — + — +
	H. — — + +
11 octobre 1933	B.-W. — — — —
	H. — — — —

Les séro-réactions trimestrielles très régulières sont négatives jusqu'au 30 décembre 1938.

D. — Observations de XLIV à XLVII.

Ces observations concernent des prostituées qui ont eu dans leurs antécédents une séro-réaction incomplètement négative, mais l'hémolyse partielle est restée isolée, les réactions ultérieures étant complètement négatives.

Obs. XLIV. — M... Germaine, née en 1911. Au dispensaire de la Salubrité.

22 juin 1932	négatif
6 janvier 1933	B.-W. — — — —
	H. — + — +

	15 février 1933	négatif
	29 mai	—
	4 septembre	—
	6 décembre	—
	29 mars 1934	B.-W. — — + +
		H. — — + +
Contrôle :	10 avril 1934	B.-W. — + + +
		H. + + + +

Examen : Agée de 23 ans.

Pas de signes cliniques cutanés ou muqueux.

Pas de traitement antérieur.

Mise en traitement.

26 septembre 1924 négatif
négative jusqu'au 15 février 1939.

Obs. XLV. — J... Jeanne, née en 1907. Au dispensaire de la Salubrité.

	16 décembre 1931	négatif
	7 octobre 1932	—
	2 janvier 1933	—
	31 mars 1933	—
	24 juillet 1933	B.-W. — — — —
		H. — — — — +
	25 octobre 1933	négatif
	31 janvier 1934	—
	14 mai 1934	—
	10 décembre	—
	18 octobre 1935	—
	18 mars 1936	—
	18 janvier 1937	—
	18 septembre 1937	—
	31 décembre 1937	—
	13 avril 1938	B.-W. — — — —
		H. — — — — +
	6 juillet 1938	B.-W. + + + +
		H. + + + +

Examen : Agée de 31 ans.

Aucun accident cutané ou muqueux.

Pas d'antécédents cliniques.

Aucun traitement antérieur.

Mise en traitement.

Disparue des visites en août 1938.

OBS. XLVI. — M... Yvonne, née en 1906. Au dispensaire de la Salubrité.

13 janvier 1933	négatif
12 avril 1933	B.-W. — — — +
	H. — — + +

A ses règles.

27 avril 1933	négatif B.-W. — — — —
	H. — — — —

20 novembre 1933	négatif
21 février 1934	négatif
23 mai 1934	B.-W. + + + +
	H. + + + +

Examen : Agée de 28 ans.

Aucun accident clinique antérieur.

Pas de signes cliniques.

Pas de traitement antérieur.

Mise en traitement.

27 novembre 1934	négatif
26 février 1935	—

Tous les examens trimestriels sont négatifs jusqu'au 20 février 1939.

OBS. XLVII. — B... M.-Louise, née en 1907. Au dispensaire de la Salubrité.

Du 6 janvier 1936 au 30 mai 1937 tous les B.-W. sont négatifs,

25 août 1937	B.-W. négatif — — — —
	H. douteux — — + +

Contrôle :	30 août 1937	B.-W. négatif
		H. négatif

25 novembre 1937	négatif
17 février 1938	B.-W. — — + +
	H. — + + +

Examen : Agée de 31 ans.

Aucun antécédent syphilitique connu, aucun traitement antérieur, quelques macules prurigineuses du menton, pas de signes cliniques cutanés ou muqueux.

Mise en traitement.

2° Discussion générale des observations.

Nous venons de citer 47 observations recueillies au dispensaire de la Salubrité de la Préfecture de Police et dans le service de M. Fernet à l'Hôpital Saint Lazare. Sur les 2.700 observa-

tions que nous avons examinées, nous n'avons retenu que ce petit nombre, après avoir éliminé tous les cas de syphilis sérologique qui ne nous paraissaient pas certains.

Un grand nombre de ces observations a été recueilli directement par nous, pour d'autres, nous nous sommes livrés à une enquête personnelle en réinterrogeant les malades, enfin pour d'autres, nous nous sommes adressés aux médecins-chefs des différents services et aux infirmières-sociales.

Les prostituées âgées de plus de 21 ans, étaient en carte et soumises à un examen hebdomadaire ou bi-hebdomadaire selon qu'elles circulent en ville ou se prostituent en maison de tolérance.

De plus, si un virage sérologique est constaté chez ces prostituées, elles sont immédiatement examinées par l'un des deux médecins traitants du Dispensaire de la Salubrité, MM. Blum et Thibaut.

Nous avons cité un certain nombre d'observations du service de M. Fernet à Saint Lazare où le diagnostic de syphilis sérologique a été fait grâce à une séro-réaction, pratiquée d'ailleurs systématiquement dans les trois services de Saint Lazare chez toutes les entrantes quelle que soit la nature de leur maladie vénérienne.

Nous avons pu observer le passage progressif vers la positivité de la séro-réaction dans 11 observations. Cela est d'autant plus intéressant qu'il existe une véritable progression vers la positivité telle que dans les observations X, XXXIV, XXXVII, XLIV où l'hémolyse devient plus étendue d'une réaction à l'autre. Cette progression n'évolue pas dans le même temps. Elle peut être achevée en quatre jours ou même en trente à trente-trois jours.

Dans l'observation X au vingt et unième jour la réaction bien qu'incomplètement positive, ne l'est devenue totalement qu'au trentième jour.

Il est impossible de conclure à l'existence d'un rapport entre l'âge de la malade et la progression de la positivité.

Dans les cas où la séro-réaction a été pratiquée fortuitement VIII, XXV, XXVIII, XXXI, après une réaction négative, elle a été trouvée d'emblée totalement positive.

Tout cela semble confirmer qu'il est difficile d'attribuer à la réaction de Wassermann une valeur quantitative.

Qualitativement dans 8 cas sur 11 (Kahn et Wassermann étant positif) la réaction de Kahn était plus sensible que celle de Wassermann. Dans 2 cas les résultats sont similaires.

Dans une seule observation le Kahn était judicieusement positif alors que le Wassermann ne l'est devenu qu'à une réaction ultérieure, vingt et un jours plus tard.

Nous pouvons donc croire que ces observations présentent le maximum de garantie, néanmoins nous savons qu'elles prêtent à discussion. On peut toujours supposer que l'examen a laissé échapper soit un accident primitif, soit des lésions secondaires, ou que ces observations pourraient représenter des cas de syphilis décapitée en période pré-sérologique ou même des cas de réactivation sérologique.

Dans ce qui suit, nous allons étudier séparément chacune de ces objections :

a) Le chancre et les accidents secondaires n'ont pu être décelés.

Ce problème sera examiné par rapport à la période qui s'écoule entre le dernier contrôle sérologique négatif et le virage à la positivité de la réaction, ainsi qu'en tenant compte de la difficulté diagnostic des lésions vénériennes chez la femme.

La moyenne du temps écoulé entre les deux réactions est de quatre-vingt-onze jours pour 28 cas (pour calculer cette moyenne nous avons éliminé les 4 cas, VIII, XVII, XXI, XXV, dans lesquels la séro-réaction a été pratiquée fortuitement).

Cette période de quatre-vingt-onze jours a pu permettre à une syphilis normale d'apparaître cliniquement (chancre et même roséole) pour ne plus se manifester ensuite, que par une sérologie positive, ce qui paraît évident, si on considère dans le détail les chiffres limites des séro-réactions périodiques qui sont de quatre-vingt à cent quinze jours (obs. XXVIII, VI).

Cette objection a d'autant plus de poids que la dernière réaction négative aurait pu coïncider exactement avec la fin de la période pré-sérologique d'une syphilis acquise récente.

Alors dans ce cas, nous trouvons les chiffres suivants :

pour la moyenne : 91 jours + 40 jours = 131 jours
pour les cas limites : 80 jours + 40 jours = 120 jours
115 jours + 40 jours = 155 jours

Nous croyons pouvoir discuter cette objection en invoquant ces deux arguments :

Ces femmes ont toujours été suivies médicalement pendant et avant cet intervalle par des médecins vénérélogistes compétents, et à la moindre suspicion clinique de syphilis, on n'aurait pas attendu quatre-vingt-onze jours pour diagnostiquer cette maladie qui aurait été décelée cliniquement et immédiatement traitée.

Nous puisons notre deuxième argument dans les observations VIII, XVII, XXI, XXV dans lesquelles un examen sérologique fortuit a été pratiqué le huitième, vingt-sixième, vingt-huitième et trente et unième jour seulement après la dernière séro-réaction négative.

Nous croyons avoir répondu aux objections que l'on aurait pu formuler au sujet de l'intervalle sérologique. Mais nous savons combien sont nombreuses les objections concernant les faits cliniques et en particulier les difficultés que l'on rencontre dans le diagnostic des lésions vénériennes.

Le chancre des organes génitaux externe est en général de diagnostic facile et s'oppose en cela au chancre profond. On prétendait jusqu'à ces dernières années que les chancres profonds étaient exceptionnels. Si cela est vrai pour le vagin dont les « nombreux replis fuient devant le traumatisme » (E. Lortat-Jacob) cela n'est pas exact pour le chancre du col. Nous n'allons pas faire ici une description complète des lésions pouvant prêter à confusion ou masquer un accident.

On sait que le chancre du col est polymorphe et protéiforme. Il peut être associé à la cervicite banale et cette association est souvent trompeuse « il existe néanmoins un certain nombre de signes susceptibles d'attirer l'attention et capables de faire soupçonner l'existence d'accident primitif concomitant. C'est en un point d'une ulcération métritique, l'apparition d'une modification de coloration (plus violacée) avec une tendance particulière à saigner au moindre frottement ; de plus en cette région, on peut noter une certaine irrégularité du fond de la lésion et surtout une induration particulière, circonscrite et localisée,

bien mise en évidence soit par le toucher vaginal, soit par le pincement du col par la pince de Museux » (Fernet et Collart).

Nous avons examiné 4 malades dans le Service de M. Fernet où ce diagnostic aurait pu être posé, mais des examens minutieux et complets ont permis d'éliminer l'association de chancre des lésions de cervicite (Obs. VIII, XVII, XXI, XXV).

Parmi toutes ces formes atypiques on ne saurait méconnaître l'existence du chancre nain. Voici un cas typique publié il y a quelque mois par M. Chevallier et ses élèves : chez une prostituée, il a été constaté à la partie inférieure gauche de la vulve un chancre minuscule ayant 3 millimètres de large, à peine érodé et à peine induré, accompagné d'une adénopathie inguinale. Malgré plusieurs ultra on n'a pas rencontré de tréponèmes, mais le Bordet-Wassermann est apparu positif.

Enfin, nous connaissons les hypothèses soulevées par certains auteurs au sujet de l'existence de chancre invisible (Milian), de chancre microscopique imperceptible (Audry et Chatellier) se traduisant seulement histologiquement par un amas de quelques cellules plasmatiques et lymphocytaires.

D'après Belhour le chancre de la femme serait plus petit que chez l'homme, son induration basale pas constante, enfin, les lésions primaires et secondaires seraient plus passagères, disparaissant au bout d'une semaine. Hissard et Bénard ont pu observer un cas de chancre apparu et disparu en cinq jours sans qu'aucun traitement ait été pratiqué.

Nous ne pouvons évidemment pas affirmer avec certitude que nos malades n'ont pas présenté avant et pendant l'apparition de la séro-réaction positive une forme atypique d'accident primitif, telle que chancre nain ou chancre microscopique, mais il est invraisemblable que nos quarante-sept malades aient pu faire une de ces formes tellement rares.

D'ailleurs nous avons insisté suffisamment sur ce fait que ces femmes sont restées sous la surveillance permanente de médecins compétents.

b) S'agit-il de syphilis décapitée avec séro-réaction retardée ?

Cette hypothèse pourrait être soulevée à propos de l'observation n° XIII dans laquelle, trois jours après la première injection de Novar, une roséole est apparue. Mais nous croyons

que dans ce cas il s'agit plutôt d'une action de type biotropique ou phénomène d'Herxheimer.

D'ailleurs dans les autres observations nous n'avons pu observer ce phénomène.

Il est impossible d'éliminer avec certitude une syphilis décapitée avec roséole retardée. En effet, certains auteurs n'ont-ils pas décrit des roséoles ne survenant que très tardivement après l'infection (4 à 5 mois, Pr. Gougerot) et précédées par l'apparition de la séro-réaction positive.

c) S'agit-il de Réactivation sérologique d'une syphilis ancienne ?

Sur quarante-sept observations nous pouvons dire que quinze concernaient des « débutantes » prostituées non encore en carte au moment où leur sérologie est devenue positive (obs : VIII, XI, XIII, XIV, XXI, XXII, XXIII, XXV, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX) ; sept autres se sont toujours soumises régulièrement aux examens périodiques : (obs : I, II, VI, VII, IX, XII, XVII). Parmi les vingt-cinq autres cas une atteinte syphilitique antérieure pourra toujours être discutée et il faudrait alors supposer qu'il s'agit de syphilis anciennes qui se réactivent, mais il est vraiment impossible de conclure avec certitude.

Nos 4 dernières observations soulèvent une discussion encore plus ardue. En effet, si jusqu'à un certain point on peut les classer dans les syphilis anciennes qui se réactivent, elles pourraient également être considérées comme des réinfections ou des surinfections.

d) S'agit-il d'une réaction sérologique oscillante ?

Nous savons que l'on pourrait invoquer contre l'existence de cette syphilis sérologique la brusque apparition d'une période positive d'un Wassermann oscillant et c'est en effet, notre Maître M. Sézary avec M. Gallerand qui ont attiré l'attention sur ces formes particulières de Wassermann oscillant. Mais à cette objection nous croyons pouvoir répondre que parmi nos observations nous avons pu assister 11 fois au virage de la réaction devenant progressivement positive, alors qu'en général, le Was-

sermann oscillant est d'emblée positif sans progression. Enfin, plus d'un quart de nos observations concerne des femmes jeunes, parmi lesquelles 13 sont âgées de 18 à 22 ans et débutantes dans la prostitution, il est donc difficile dans ces derniers cas de penser à une syphilis ancienne à Wassermann oscillant.

3^e Quelques considérations statistiques.

En 1928, Bizard publie les premiers résultats statistiques de la réaction de Wassermann chez les femmes de maisons de prostitution.

« Dans la proportion de 10 % la réaction de Wassermann a été trouvée positive chez des femmes qui ignoraient leur syphilis.

Sur 1.445 prises de sang : 1.070 négatives, 375 positives.

Sur 1.445 prises de sang : 339 chez les pensionnaires, dont 84 positives.
1.106 dans les maisons de rendez-vous, dont
230 positives.

Les résultats du Dispensaire Toussaint Barthélemy comprennent :

432 femmes..... 102 réactions positives.

330 réactions négatives.

Sur ces 432 femmes, 217 syphilitiques depuis 2 ans, dont 40 à réaction positives, 177 à réaction négative.

59 syphilitiques depuis moins de 2 ans, 14 à réaction positive, 45 à réaction négative.

156 femmes sans antécédents, dont 48 réactions positives, 108 réactions négatives.

Le pourcentage de la vérole était donc de 75 %, parmi lesquelles se trouvent 48 syphilitiques méconnues révélées uniquement par le Wassermann, donc 10 % des femmes étaient syphilitiques sans le savoir.

A la suite de la communication de M. Bizard à la Société de Dermato, M. Burnier, parlant de sa statistique personnelle, estime à 12 % les femmes ignorant leur syphilis.

Louste communique à son tour que pendant la guerre il assumait la surveillance de la prostitution dans une région et il trouva alors 11 % de syphilis ignorée.

MM. Audry et Chatelier en 1928 trouvent au Dispensaire de la Salubrité de Toulouse sur 394 femmes, 187 positives, c'est-à-dire un peu moins de 50 %, parmi les 207 négatives il y avait un grand nombre de syphilitiques anciennes et traitées, parmi les 187 positives, la grande majorité ne présentait pas de manifestations syphilitiques extérieures.

M. Léonard au dispensaire anti-vénérien de Bordeaux a observé que sur 494 syphilitiques, 86 d'entre elles étaient arrivées au dispensaire indemnes de syphilis. Elles avaient eu au moins deux Bordet-Wassermann négatifs après leur arrivée et elles étaient donc sous le contrôle médical depuis deux mois déjà. Sur ces 86 femmes, 14, — soit 16 % —, n'avaient jamais présenté d'accident primitif décelable. Ces syphilis se manifestent soit par explosion secondaire, soit par examen sérologique isolé. Cet auteur pratique les examens périodiques tous les deux mois.

Nous pouvons publier également grâce à l'amabilité de M. Cuilleret les nombreuses statistiques de syphilis sérologiques recueillies de 1931 à 1937, à Lyon, dans le Service du Professeur Gaté à l'Antiquaille.

En 1930, 46	—	syphilis sérologiques, dont 10 hommes, 36 femmes, dont 15 prostituées, sur 349 cas de syphilis.
En 1931, 34	—	dont 13 hommes, 21 femmes, dont 9 prostituées, sur 357 cas de syphilis.
En 1932, 32	—	dont 10 hommes, 22 femmes, dont 14 prostituées, sur 281 cas de syphilis.
En 1933, 45	—	dont 26 hommes, 19 femmes, dont 5 prostituées, sur 300 cas de syphilis.
En 1934, 36	—	dont 9 hommes, 27 femmes, dont 12 prostituées, sur 306 cas de syphilis.
En 1935, 19	—	dont 5 hommes, 14 femmes, dont 10 prostituées, sur 278 cas de syphilis.
En 1936, 44	—	dont 19 hommes, 25 femmes, dont 8 prostituées, sur 209 cas de syphilis.
En 1937, 28	—	dont 10 hommes, 18 femmes, dont 6 prostituées, sur 215 cas de syphilis.

Nous avons donné ces quelques statistiques concernant la syphilis sérologique des prostituées découverte dans différents dispensaires de salubrité grâce à la périodicité obligatoire des réactions sérologiques.

Il semble que dans ces statistiques la majorité des auteurs

rangent sous le nom de syphilis sérologique, aussi bien les syphilis décapitées dans lesquelles, la roséole n'a pu être contrôlée, que les syphilis latentes a début méconnu et anciennes, que les syphilis humorales.

Aussi, nous tenons à bien préciser que dans nos recherches nous n'avons voulu retenir que les observations dans lesquelles le symptôme exclusivement sérologique était le seul signe d'une syphilis débutante. Et pour mettre en valeur ce symptôme, nous nous sommes efforcés de choisir les cas où les résultats des prises de sang trimestrielles antérieures nous renseignaient périodiquement sur son absence.

Sur les 2.700 observations de femmes syphilitiques en traitement dans le Service de M. Fernet à Saint-Lazare et au Dispensaire de la Salubrité nous avons pu recueillir 47 cas de syphilis qui ne se sont manifestées que par un symptôme sérologique isolé.

B. — LE SYMPTOME EXCLUSIVEMENT SÉROLOGIQUE DE LA SYPHILIS CONJUGALE

Cl. Simon dit que des cas typiques de séro-réactions positives peuvent être observés chez les femmes syphilitiques même si la réaction est pratiquée au bout de longues années de ménage au cours d'un examen systématique. Pourtant ces femmes n'ont jamais présenté de signes cliniques de syphilis bien que quelques-unes aient fait des fausses couches.

Waintraub apporte des observations de femmes de syphilitiques, saines en apparence, ayant eu des enfants hérédo-syphilitiques ou n'ayant pas d'enfants du tout, mais dans ces observations le symptôme sérologique n'est pas constant.

Nous nous croyons autorisé à citer les observations de Bertin bien que, dans ces cas de syphilis conjugale, l'attention du médecin ait été attirée par des fausses couches.

Il est en effet très difficile d'observer des syphilis conjugales à symptôme exclusivement sérologique. Le syphilitique marié cache facilement sa maladie à sa conjointe. Celle-ci n'est donc amenée à consulter qu'à la suite d'un avortement, et sa syphilis n'est rendue manifeste que par la séro-réaction.

Bertin cite le cas d'un médecin, qui, se croyant indemne de syphilis, se marie. Une première grossesse se termine par une fausse couche à 4 mois $1/2$; la réaction de Wassermann pratiquée chez lui et chez sa femme est positive chez l'un et chez l'autre. Un examen clinique, un interrogatoire minutieux n'ont permis de découvrir la moindre trace de la maladie. Bien plus, ce médecin était, par ses études assez versé dans la syphiligraphie et il est bien improbable qu'un accident spécifique eut pu lui échapper. Bertin également faisant une enquête sur 80 cas de syphilis conjugale cite l'observation de trois médecins chez lesquels le début de l'affection (chancre et accidents secondaires)

est passé complètement inaperçu. Trois malades ont contaminé leur femme six et sept ans après le mariage. Pour l'auteur, le sperme était vraisemblablement agent de la contamination.

D'ailleurs, l'étude de la syphilis conjugale nous permettra dans la deuxième partie de notre travail, au chapitre de la pathogénie, d'envisager les hypothèses particulières qu'elle soulève.

Si les auteurs sont féconds en théories pathogéniques, la lecture de leurs observations nous a appris que cette étude manque encore de précision.

Galliot en 1927, a publié une étude d'ensemble sur 59 cas de syphilis conjugale. Abstraction faite d'un premier groupe de malades de 12 cas de syphilis récentes qui ont contaminé leur conjoint, l'auteur cite 22 cas de contagion avec Wassermann positif qui se sont manifestés par des avortements.

P. Durel nous a communiqué cette observation particulièrement intéressante de syphilis conjugale : famille W.

A l'occasion de la naissance d'un hérédo-typique, troisième enfant d'une femme qui n'a jamais fait de fausses couches et dont les deux premiers enfants sont normaux, l'enquête fait découvrir une syphilis conjugale : la mère et le père ont un Wassermann positif sans antécédents connus. il s'agit d'une syphilis purement humorale. Devant cette hérédo-syphilis on recherche l'étiologie chez les ascendants. Mais si les grands-parents paternels ne présentent rien de suspect, il n'en est pas de même dans les ascendants maternels : le grand-père est mort P. G. et la grand-mère avait une aortite dont elle est morte.

Voici donc une syphilis conjugale représentée uniquement par le symptôme sérologique chez un des conjoints.

M. Gastinel cite également une observation très intéressante : dans une même famille, fait paradoxal d'apparence, sur plusieurs enfants nés successivement, il en est d'indemne de tout stigmate et d'autres indiscutablement infectés, et ce sont les derniers produits conçus qui sont le plus habituellement touchés.

Remarquons que cette (famille W.) observation de syphilis conjugale montre contrairement à l'opinion généralement admise, que la syphilis première en date des deux conjoints était celle de la femme qui était hérédo et a pu transmettre cette syphilis héréditaire à son mari.

C. — LE SYMPTOME EXCLUSIVEMENT SÉROLOGIQUE AU COURS DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Comme nous venons de le voir dans l'observation de M. Gastinel la syphilis sérologique n'est pas l'apanage exclusif de la syphilis acquise, mais elle peut être la manifestation d'une syphilis héréditaire. Lemaire et Lévy au cours de la syphilis héréditaire ont pu dépister cette affection grâce à la seule réaction de Wassermann positif chez 7 enfants d'âge différent ne présentant aucun signe clinique.

Dans 22 autres cas ces mêmes auteurs ont montré l'existence de la syphilis héréditaire contrôlée par la réaction sérologique positive et chez qui l'hérédo-syphilis latente n'a été soupçonnée que sur des signes de probabilité.

Ces auteurs émettent l'opinion que cette syphilis ne serait pas restée longtemps ignorée et méconnue si l'on avait pratiqué l'examen sérologique aux premiers mois de l'enfance.

Pour M. J. Cathala le seul diagnostic de certitude est donné par des réactions sérologiques positives ou par des anamnestiques indispensables.

Corsanello apporte des observations de syphilis latente tardive révélée uniquement par la sérologie.

Les problèmes de syphilis conceptionnelle et héréditaire présentent un intérêt considérable. En effet, ils apportent la preuve de l'infection de même que sa persistance. Dans le cas où la mère avait un symptôme sérologique isolé de syphilis, l'enquête familiale en découvrant dans sa descendance un hérédo renforce le diagnostic sérologique. On peut penser que chez des sujets descendants de syphilitiques à une ou plusieurs générations, il reste une immunité relative, suffisante pour empêcher le chancre,

mais insuffisante pour empêcher la positivité du Bordet-Wassermann.

A l'occasion de syphilis héréditaire nous rappelons la syphilis conceptionnelle. Comme le remarque M. Milian, c'est une syphilis pauci tréponémique et qui peut donc au premier chef se manifester sous la forme sérologique isolée.

D. — SYPHILIS SÉROLOGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE

La découverte d'une syphilis latente chez une femme en gestation, doit dans tous les cas commander le traitement de la mère pour préserver l'enfant. C'est dans ce but que les maternités de tous les pays organisent des consultations pré-natales systématiques, dans lesquelles on s'efforce de dépister la syphilis.

C'est généralement par la découverte inattendue du symptôme sérologique isolé que ce dépistage acquiert toute son efficacité.

Par les statistiques suivantes, nous verrons combien grande est la valeur de ce symptôme sérologique : la réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht ne révéleraient la syphilis aux consultations pré-natales que dans 25 % des cas (Frühinsholz). On ne saurait donc accorder trop de valeur aux réactions positives.

Morin en 1932 à la consultation de la Maternité de l'Hôtel-Dieu trouve 15 % de réaction de Bordet-Wassermann positives à la consultation soit 3,5 % du nombre des accouchées.

Dufol et Laurent en 1927 écrivent que sur 2.200 femmes enceintes, la sérologie a donné 4,5 % de résultats positifs.

Ces auteurs que nous venons de citer ainsi que les auteurs russes Rapadenski et Chiriaieva ne spécifient pas suffisamment s'il s'agit de syphilis sérologique pure.

Au contraire Snoek publie en 1934 une étude sérieuse sur la fréquence de la syphilis dans une clinique d'accouchement de l'Université de Bruxelles, et dépistée uniquement par une séro-réaction positive au cours de la puerpéralité.

En 1928 sur 585 consultantes	4 %	de réactions positives
En 1929 sur 678	— 2,2 %	—
En 1930 sur 801	— 4,6 %	—
En 1931 sur 905	— 5 %	—
En 1932 sur 845	— 6,4 %	—
En 1933 sur 439	— 4,1 %	—

(Les 4 premiers mois.)

Laurentier donne deux statistiques de la Maternité de Toulon.

En 1927 trouve 9,60 % de Bordet-Wassermann positif

En 1934 — 2 % —

Mais nous croyons que dans la majorité des cas, il s'agit vraisemblablement de syphilis latente. Nous savons que l'examen sérologique pré-natal révèle assez souvent une syphilis latente et on pourrait alors être tenté de croire à une syphilis sérologique car on ne trouve généralement pas d'antécédents cliniques chez ces malades. Mais il est bien probable que dans la plupart des cas il s'agit de syphilis latente ignorée de la femme.

Considérations d'ordre expérimental.

A. — LA SYPHILIS ASYMPTOMATIQUE EXPÉRIMENTALE

Nous allons maintenant essayer de dégager de l'ensemble des acquisitions expérimentales les faits qui présentent une analogie avec ce que nous avons exposé sur la syphilis sérologique de la femme dont l'existence et l'individualité sérologique nous paraissent indiscutables.

La syphilis inapparente expérimentale est une acquisition récente et du plus haut intérêt. Jusqu'en 1926, l'infection asymptomatique était méconnue en syphilis expérimentale. A cette date, Kolle et Evers dans une publication retentissante relatent les résultats d'une série d'expériences qui leur permettent de conclure qu'il est possible de créer une infection syphilitique asymptomatique chez le lapin.

Il s'agit de cas d'inoculation de virus syphilitique dans lesquels, malgré l'absence de lésion, de porte d'entrée ou de tout autre symptôme « clinique », le lapin a été syphilitisé.

L'existence de cette syphilis ne pouvant d'ailleurs être démontrée que par la transmission en séries des ganglions. En effet, le transfert d'un fragment de ganglion extériorisait l'infection en donnant naissance à un syphilome indiscutable et transmissible par passages successifs.

La proportion de lapins faisant une syphilis asymptomatique dans une série d'inoculations représente $1/10^e$ des animaux infectés.

Certaines conditions d'après M. Gastinel et ses élèves, semblent prédisposer les lapins à la syphilis asymptomatique : l'adulte et

la femelle en font plus facilement que les nouveau-nés et les mâles ; l'état de misère physiologique des animaux d'expérience est également la cause de syphilis expérimentale asymptomatique, ces animaux étant incapables de répondre à l'inoculation par un chancre.

On peut rapprocher ces faits de ceux constatés en tuberculose expérimentale où l'apparition du chancre d'inoculation et de son complexe ganglionnaire sont très retardés chez les cobayes en état de dénutrition.

Généralement le lapin atteint de cette modalité de syphilis demeure toute sa vie sans présenter aucun signe. Cependant Matsumoto, Kolle et Evers et M. Gastinel ont pu constater que si on conserve les lapins pendant un temps très long, on voit parfois survenir quelques manifestations tardives, mais cette éventualité est l'exception, le plus souvent l'infection reste occulte même si on prolonge l'observation durant de longs mois.

Certains artifices expérimentaux permettent d'ailleurs de provoquer chez le lapin presque à coup sûr une syphilis asymptomatique. Ainsi Kolle et Evers ont fait précéder l'inoculation de matières virulentes d'une injection de bismuth dans l'oreille du lapin. L'infection syphilitique reste inapparente, seule la réinoculation d'un fragment de leurs ganglions inguinaux ou poplités sous le scrotum d'un lapin neuf peut démontrer que ces animaux étaient en réalité infectés par le tréponème. L'amputation de l'oreille contenant le dépôt bismuthique donne une preuve de cette infection : le chancre apparaît au point d'inoculation.

Prigge et Rothermund excisent l'endroit de l'inoculation, pas de syphilome à l'endroit de la cicatrice et pas d'accident général, mais l'infectiosité des ganglions constatée au 180^e jour.

L'excitation du sympathique péri-artériel a permis à M. Gastinel et à ses élèves de provoquer dans certains cas un état réfractaire des téguments au point d'inoculation et d'obtenir ainsi une syphilis asymptomatique.

Parmi les circonstances susceptibles de favoriser la syphilis asymptomatique, il faut citer les recherches intéressantes d'auteurs Japonais qui les premiers ont démontré que la température environnante influe sur le pourcentage des syphilis asymptomatiques expérimentales ; celles-ci étant surtout constatées en été. Bessemans d'ailleurs a confirmé des expériences de façon très élégante en ectopiant dans l'abdomen les testicules

des lapins fraîchement inoculés. Il constata par deux fois l'apparition d'une syphilis occulte dûment contrôlée.

Si le lapin ne fait une infection syphilitique inapparente que dans un certain pourcentage ou à la suite de l'artifice expérimental, il y a des animaux dont l'infection syphilitique est toujours inapparente : la souris, le rat, le hamster, le loir et fréquemment le cobaye. Chez ces animaux la syphilis asymptomatique est de règle et l'apparition de symptômes seraient l'exception.

Jusqu'en 1927 on considérait la souris blanche comme réfractaire à l'infection syphilitique.

A cette date, Kolle et Schlosberger publient leurs travaux sur la persistance du tréponème dans l'organisme de la souris inoculé « pendant une période très longue ».

La syphilis asymptomatique de la souris a permis aux expérimentateurs d'enrichir nos connaissances, sur la syphilis inapparente en général, et sur le comportement du tréponème dans les différents tissus et en particulier sous des formes variées.

Ces résultats expérimentaux sont arrivés à une heure propice. L'infection syphilitique inapparente humaine avait attiré à cette époque l'attention des cliniciens. Les expériences de laboratoire se multiplièrent et leur résultat permit d'expliquer dans une certaine mesure les faits d'observation clinique.

Dans ce qui suit nous allons rappeler les acquisitions essentielles de la syphilis expérimentale qui ont trait à la syphilis sérologique humaine. Toutefois, nous voulons souligner la réserve qui s'impose lorsqu'on veut tirer certaines conclusions applicables à la maladie humaine en se fondant sur des données expérimentales.

En effet, comme pour la tuberculose expérimentale, la syphilis du lapin n'est pas superposable à celle de l'homme. Le pouvoir pathogène du spirochète se limite à la production d'un syphilome. Malgré l'envahissement de l'organisme, par le virus la généralisation des symptômes est exceptionnelle, la disparition du chancre amène celle des réactions sérologiques. De même que dans la tuberculose le revêtement cutané du lapin n'acquiert pas l'allergie à la suite de l'infection, raison pour laquelle vraisemblablement ces animaux ne font pas d'accidents tertiaires.

Nous envisagerons en particulier les différentes voies d'introduction du virus en syphilis expérimentale. Celles-ci présentent en effet un intérêt pour le clinicien, car elles sont les mêmes que

dans la maladie humaine. Nous citerons ensuite certains artifices favorisant l'apparition de syphilis asymptomatique ; tels que la quantité variable de virus, qualité et variabilité de la souche.

1° Influence des voies d'inoculation.

Les inoculations cérébrales épinéphriques, rénales, ganglionnaires, en général viscérales peuvent toutes provoquer des syphilis sérologiques. Ces recherches qui présentent un très grand intérêt théorique en ce qui concerne le tropisme du tréponème, la réaction différente de ces tissus, nous intéressent moins que les inoculations pratiquées par voie veineuse, cutanéomuqueuse, ou même oculaire.

En effet, ces voies d'inoculation sont celles que l'on observe en clinique au cours de l'étude de la syphilis sérologique héréditaire ou acquise.

a) La voie endo-veineuse :

Par cette voie on détermine parfois l'infection sans symptôme même si on introduit dans la circulation une quantité massive de matériel très pathogène.

L'infection s'accompagne de réactions humorales et notamment de la réaction de Meinicke qui devient positive. Cette réaction est d'ailleurs la seule utilisable avec profit chez le lapin.

Nous verrons au chapitre de la pathogénie de la syphilis sérologique héréditaire, quelles déductions cliniques cette expérience nous permet de tirer.

b) Voie cutanéomuqueuse.

Nous avons déjà vu que 10 % des lapins ne présentent qu'une syphilis sérologique si on inocule le virus par la voie cutanée. L'expérience de Uhlenhut, Grossmann et Mülzer est d'un très grand intérêt pour l'interprétation de la syphilis sérologique de la femme.

Ces auteurs ont déposé sur la muqueuse vaginale du lapin, sans la scarifier des produits syphilitiques et ils observent la généralisation asymptomatique de l'infection contrôlée par le transfert ultérieur des ganglions.

c) Voie oculaire.

Grigoriev a introduit le virus dans la chambre antérieure de l'œil, la lapine ainsi inoculée n'a présenté aucun signe d'infection en dehors d'une réaction humorale positive, mais a mis bas trois mois après, 2 lapereaux porteurs de Kératite. Le passage des organes a ainsi démontré l'infection syphilitique des animaux issus d'une femelle atteinte de syphilis inapparente.

2° Influence de la quantité de virus.

De nombreux expérimentateurs ont depuis longtemps insisté sur l'importance de la quantité de virus introduit lors de l'inoculation ? Il est constaté que la durée de l'inoculation d'un syphilome expérimental est inversement proportionnel au nombre de tréponèmes inoculés.

Mais c'est surtout M. Gastinel qui dans une série d'expériences très intéressantes, a précisé le rôle que joue la quantité de virus inoculé dans la genèse de la syphilis asymptomatique.

En diminuant la quantité du virus par des dilutions successives, l'auteur a d'abord augmenté le temps d'inoculation du syphilome, puis retardé l'apparition de la réaction de Meinicke. Avec des doses encore plus faibles le nombre des syphilomes a diminué et le pourcentage de la syphilis asymptomatique a paru notablement plus élevé.

Chez certains lapins ainsi inoculés seule la réaction de Meinicke est devenue positive.

M. Gastinel admet l'existence d'un seuil au-dessous duquel il est encore possible d'obtenir l'infection inapparente, tandis que la survenue d'accidents est désormais l'exception.

Ce protocole d'expériences permet à cet auteur de souligner la possibilité de contamination minimale dont il serait étrange de dénier l'existence en syphiligraphie humaine, alors que leur réalisation chez les animaux provoque un type évolutif si particulier de l'infection syphilitique.

D'après Bessemans lorsque la quantité de virus inoculé approche du seuil où elle est inopérante, les chances de production de syphilis asymptomatique augmentent. Mais cet auteur insiste sur l'intervention simultanée d'autres facteurs, cela pour expliquer

les syphilis inapparentes dans les cas où cette sorte d'infection est apparue à la suite d'innoculation de fortes doses de virus.

« Ces facteurs sont en premier lieu, le terrain, mais il est moins aisé de condenser en une brève formule tout ce qui peut intervenir et les cliniciens ne seront pas les derniers à faire des découvertes dans ce domaine » (Bessemans).

3° Influence de la qualité de la souche et variabilité du virus.

La qualité de la souche infectante joue un rôle certain dans la constitution de la syphilis asymptomatique. Ainsi les souches jeunes récemment isolées donnent à leurs premiers passages un pourcentage élevé de syphilis asymptomatique (Perkel, Israëlson et Oretchkin).

Le passage de cette souche sur un animal d'une autre espèce — telle la souris — a permis à M. Gastinel de varier les caractères d'une souche récemment isolée. Son transfert de la souris au lapin, provoquant des lésions les plus caractéristiques. Si donc on admet à la suite de cette expérience concluante que le passage sur un organisme différent peut provoquer une variation de la propriété du virus qui se manifeste par une augmentation des symptômes qu'elle provoque, il est permis de supposer que des passages modifieraient le caractère de la souche dans le sens opposé. Ainsi Perkel, Israëlson et Oretchkin affirment avoir observé que du fait du passage du virus par l'organisme de « certains lapins », une souche syphilitique peut subir un abaissement de la virulence ; « ce caractère s'exagérerait progressivement lors des inoculations pratiquées en série, aussi voit-on augmenter dans ce cas le nombre de syphilis muettes ». Il serait souhaitable que ces expériences dont l'importance en clinique humaine est considérable, puissent être confirmées. La syphilis expérimentale de la souris paraît redonner de l'actualité à la question de la variabilité du virus syphilitique. Déjà Schaudinn avait entrevu la possibilité de phases non spirochètiennes analogues aux formes de résistance de certains protozoaires.

En 1906, MM. Jacquet et Sézary décrivent des formes étirées, des formes fragmentées, des formes granuleuses ou épaissies, ou encore à spires relâchées (telles que celles retrouvées par Noguchi dans ses cultures), des formes annulaires.

M. Levaditi et ses collaborateurs reprirent l'étude de la question. Dans certaines conditions le tréponème s'enroule sur lui-même et offre l'apparence de boules ou de pelotes plus ou moins serrées et compactes ; celles-ci représenteraient une phase transitoire entre la forme typique et les corpuscules opaques ronds ou ovalaires d'où se détache un petit filament. Ces auteurs considèrent ces divers aspects comme des phases successives d'un processus involutif aboutissant au stade ultime granulaire et presque ultra microscopique du parasite. Ce stade précédant la forme spirochétienne.

Pour Lépine c'est sous la forme de l'ultra-virus que l'infection se produirait, le tréponème ne serait qu'un aspect saprophytique (rappel d'une forme ancestrale prise par le virus pullulant au sein des lésions) théorie qui souleva d'ailleurs de très nombreuses critiques.

Pour Nyka le germe posséderait un tropisme particulier pour la cellule et pénétrant dans les cellules il perdrait sa forme spirochétienne pour acquérir une morphologie particulière ; celle-ci est filamenteuse, allongée, rectiligne ou courbée.

Manouelian a montré qu'à côté du tréponème classique il existerait un aspect atypique de granule à filament qu'il appelle « spirochétogène ».

Si nous avons énuméré toutes ces recherches bactériologiques, c'est parce que d'une part, elles ont été entreprises à la suite de la découverte de la syphilis inapparente de la souris, d'autre part, elles permettent de soulever certaines hypothèses au sujet de la genèse de la syphilis sérologique humaine.

On pourrait en particulier se demander si sous la forme sous laquelle le virus est présent dans les organes, il possède le même potentiel de virulence que sous la forme spirochétienne, telle qu'on la rencontre dans le syphilome. Nous verrons plus tard dans notre essai pathogénique les discussions qu'ont pu faire naître ces hypothèses à propos de la forme sous laquelle le virus est présent dans le sperme.

B. -- SYPHILIS ASYMPTOMATIQUE EXPÉRIMENTALE PAR SUPERINFECTION

Nous avons vu que la syphilis inapparente survient en général dans 10 % des cas chez le lapin lors de la primo-infection. Mais cette forme de syphilis peut naître à la suite d'un second contact avec le virus. En effet, si l'animal ne réagit par aucune lésion locale à la réinfection après traitement, cet état réfractaire cutané, l'immunité-chancrè, ne suffit pas à protéger l'organisme contre le tréponème du nouvel apport. L'organisme de ces lapins est envahi par le virus sans que se produise aucun symptôme apparent. Cet état se manifeste même si la nouvelle inoculation se fait par voie endoveineuse (Matsumoto). L'invasion de l'organisme est muette et n'est décelable que par le transfert des ganglions.

Ces expériences soulèvent le problème de l'immunité syphilitique. En effet avant de pouvoir affirmer que la superinfection est possible, il faudrait avant tout éliminer une cause d'erreur provenant de la persistance dans l'organisme de germes provenant de la primo-inoculation. En d'autres termes, l'état réfractaire des téguments, immunité-chancrè, est-il conditionné par la présence dans l'organisme d'un foyer tréponémique?

D'ailleurs, les expériences déjà anciennes et fondamentales de Neisser ont démontré que la véritable immunité syphilitique est liée à un état d'infection qui disparaît lorsque l'organisme n'héberge plus l'agent virulent cet état appelé « immunité d'infection » disparaît à la suite d'un traitement précoce avant le quarantième jour, la réinoculation alors se fait avec succès et donne un syphilome.

Au contraire si le traitement est tardif, dans l'immense majorité des cas, la réinoculation échoue, ne donne pas de syphilome.

Pour certains auteurs il s'agirait alors d'une immunité due à la persistance de germes, le traitement tardif n'ayant pu stériliser l'organisme.

Pour d'autres, il s'agit d'une immunité active vraie qui survit à la guérison. Car les recherches du virus par transfert restent négatives. Matsumoto a même soulevé l'hypothèse de la persistance dans l'organisme de virus ayant perdu sa propriété infectante par passages expérimentaux, mais qui a gardé sa propriété immunisante pour l'organisme qui l'héberge.

Il est indiscutable qu'actuellement, c'est le témoignage de passage d'organes qui est le meilleur critérium de guérison. On peut donc admettre que la superinfection peut donner naissance à une syphilis asymptomatique. D'ailleurs MM. Gastinel, Pulvenis et Collart apportent un argument sérologique en faveur de l'existence du phénomène de Kolle et Schlosberger (superinfection asymptomatique) « chez les lapins dont le syphilome a disparu et dont les réactions sérologiques sont devenues négatives, une superinfection qui n'aboutit à aucune manifestation lésionnelle *in situ* peut néanmoins provoquer la réapparition d'un test humoral comme seul témoignage de la superinfection asymptomatique déterminée par le second apport virulent. »

Des faits similaires peuvent-ils exister chez l'homme ?

Prigge et Rudkowski ont fait une expérience chez l'homme en inoculant à un P. G. un virus syphilitique. Il n'y a pas eu de chancre, mais les ganglions du malade étaient virulents, ce qui a été démontré par passage sur le lapin neuf.

L'intérêt de cette expérience est singulièrement diminuée par le fait que Gerscovic et Syring ont pu déceler le tréponème dans les ganglions inguinaux des P. G.

Il est à se demander si la superinfection syphilitique existe chez l'homme, ancien syphilitique, qui, à la suite d'un contact récent, offre une reprise subite des réactions sérologiques restées jusqu'alors négatives. Nous avons vu au chapitre clinique, notamment en discutant les observations, que cette éventualité doit être envisagée. On ne devra pas néanmoins se départir d'une prudence extrême, car il est bien connu qu'au cours d'une syphilis ancienne, la reprise des réactions sérologiques peut être constatée sans un nouvel apport infectieux.

Fournier avait déjà décrit les grands entr'actes de la syphilis et il n'est pas invraisemblable qu'au cours de l'évolution de la

maladie on puisse assister à des entr'actes sérologiques. De plus M. Milian dans ses études sur le biotropisme a démontré l'action des maladies intercurrentes capables de réveiller l'infection. Mais cette action pourrait dans certains cas se limiter à un biotropisme sérologique.

Nous croyons que chaque cas demande à être discuté avant de pouvoir affirmer l'existence d'une syphilis sérologique par superinfection.

G. — CONCLUSIONS.

A la suite de ce court exposé des recherches expérimentales nous voudrions confronter brièvement ces résultats avec certaines observations fournies par la clinique.

Nous avons vu l'importance de l'état de misère physiologique des lapins dans l'apparition de la syphilis asymptomatique. Les observations que nous avons apportées dans la première partie de notre étude concernent des prostituées dont l'état physiologique est souvent déficient.

Nous savons que les lapines font plus fréquemment que les mâles cette forme d'infection inapparente, or il semble que ce fait expérimental se confirme en clinique humaine.

Nous pouvons comparer les faits expérimentaux décrits par Kolle et Evers au sujet de l'excision de dépôt bismuthique avec les effets d'un traitement préventif insuffisant. Il nous paraît intéressant de citer l'observation de M. le Professeur Gougerot et de M. Fernet parue en 1923.

Une femme de 30 ans est mise au traitement prophylactique parce que son mari est atteint de chancre du menton et présente une roséole. Cette femme est soigneusement examinée et on ne relève aucun signe clinique de syphilis, de plus, le Bordet-Wassermann est négatif.

Du 14 février au 14 mars elle reçoit 3 gr. 90 de novar.

Le 19 mai le Bordet-Wassermann est négatif.

Du 26 mai au 4 août elle reçoit une série de sulfar.

Le 22 août le Bordet-Wassermann est toujours négatif.

La femme est surveillée régulièrement et le 10 novembre sans qu'aucun accident cutanéomuqueux soit apparu, le Bordet-Wassermann est *franchement positif*.

A quatre reprises les Bordet-Wassermann de contrôle sont tous complètement positifs.

D'ailleurs depuis ces dernières années la majorité des syphiligraphes a abandonné tout traitement préventif. On attend pour

instituer le traitement d'attaque que l'infection soit confirmée par un signe clinique ou par une sérologie positive.

On pourrait également rapprocher l'application, avec un certain retard, de pommades antiseptiques sur les organes génitaux après un coït suspect, de l'excision du lieu d'inoculation pratiquée en syphilis expérimentale (artifice de Prigge et Rothermund) pour obtenir une syphilis asymptomatique.

Mais les expériences de M. Levaditi et surtout celles de Bessemans rendent illusoirs ces précautions, attendu qu'on sait que le virus a pu être décelé déjà dans les ganglions quelques minutes après l'inoculation.

Nous verrons plus loin au chapitre de la pathogénie l'importance que nous pouvons attribuer à l'expérience de Uhlenhut-Grossmann-Mülzer concernant la syphilis asymptomatique créée par voie génitale sans scarification préalable afin d'essayer d'interpréter la syphilis sérologique chez la femme.

Quant à la syphilis conjugale et héréditaire les expériences sont encore trop peu nombreuses et peu concluantes. Notons cependant que la syphilis du lapin mâle même avec des lésions testiculaires évidentes n'est pas transmissible par voie génitale à la femelle, mais d'autre part, il existe un fait expérimental décrit par Grigoriew en faveur de la syphilis expérimentale héréditaire. Ce fait d'ailleurs se rapproche singulièrement de ce que l'on observe en clinique dans le cas de syphilis héréditaire.

Grigoriew a introduit du virus dans la chambre antérieure de l'œil d'une lapine et ainsi inoculée elle n'a présenté aucun signe d'infection en dehors d'une réaction humorale positive, mais elle a mis bas trois mois après, 2 lapereaux porteurs de kératite et le passage des organes confirme l'infection syphilitique de ces animaux issus d'une femelle atteinte de syphilis inapparente.

Essai pathogénique.

L'observation clinique et les données de la syphilis expérimentale vont nous permettre maintenant d'entreprendre un essai pathogénique.

Quels sont les éléments en présence ?

d'une part, la *source de la contamination* : homme en général, d'autre part, l'*organisme contaminé* : la femme, enfin, l'*agent de la contamination* : le virus.

A. — SOURCE DE LA CONTAMINATION

L'homme est généralement la source de la contamination. M. Milian dit : « l'individu syphilitique non traité sue le tréponème par tous les pores et par toutes les sécrétions, et par conséquent peut contaminer de ce fait ».

A la découverte de l'arsénobenzène l'espoir d'une thérapeutique *sterilisans magna* a fait entrevoir la possibilité de guérir la syphilis.

Si à un moment donné, on a cru pouvoir envisager cette guérison, grâce à un traitement intensif et long, les travaux anatomopathologiques de Warthin publiés en 1929 posent de nouveau cette question.

Warthin a fait annuellement et pendant plusieurs années, 300 à 350 autopsies systématiques. Dans tous les cas, il recherche les lésions de syphilis latente. Lorsque l'histologie est en faveur de la syphilis il recherche le tréponème par une technique spéciale et il le trouve dans 70 % des cas. Il conclut que les malades traités ne sont pas plus guéris que les syphilitiques latents.

Dans un mémoire récent, Bertin, Nayrac et Breton étudient très minutieusement la syphilis latente du testicule. Ils admettent la possibilité de l'existence du parasite dans le sperme, s'accordent à reconnaître la rareté de sa constatation jusqu'ici bien que Wadlein l'ait trouvé sur des coupes histologiques de testicule de syphilitique macroscopiquement sain.

Cette assertion nous paraît un peu absolue car elle condamne tout traitement de la syphilis. Nous en tenons compte cependant dans les possibilités de contamination par sujets traités.

Pratiquement, la question se pose sous la forme suivante :

Le sperme est-il porteur de germes, le tréponème est-il présent dans le sperme ?

Nous étudions ici uniquement le sperme comme source de contagion de la syphilis sérologique en laissant délibérément de côté, salive, peau, etc... ne renferment le tréponème qu'à la période septicémique.

L'essai d'inoculation du sperme à des singes ne donna aucun résultat à de nombreux expérimentateurs : Mireur, Hoffmann, Neisser, de Beurmann et Schucht.

Par contre quelques tentatives furent plus heureuses. Finger et Landsteiner sur un grand nombre d'essais réussirent deux fois : dans le premier cas il s'agissait d'un homme syphilitique, depuis trois ans qui avait une double orchite, dans l'autre cas il s'agissait d'un sujet qui avait une syphilis secondaire en évolution, mais rien d'apparent aux testicules.

Expérimentalement sur le lapin, les résultats furent plus constants. Uhlenhuth et Mülzer sur 6 essais eurent 2 inoculations positives. Lacaille sur 9 essais eut un résultat positif et Ebersson et Egmann 2 sur 17 dont 14 étaient des syphilitiques latents.

Kertész perfectionna sa méthode et obtint des kératites typiques chez le lapin dont la guérison par l'arsenic est à ses yeux la preuve de la nature syphilitique des accidents. Ses recherches ont porté sur 20 syphilitiques indemnes de tout signe clinique et sérologique depuis des mois et des années, dont les femmes avaient eu des accidents (Bordet-Wassermann positif, fausses couches, enfants hérédos), mais très rarement des lésions.

Ainsi le sperme semble pouvoir être infectant même si localement on ne trouve aucune lésion génitale. Mais comment expliquer que le spermatozoïde qui est trois fois plus petit que la

longueur normale du tréponème puisse le contenir, même si celui-ci se pelotonnait pour y tenir.

D'autre part, les expérimentateurs ont montré que les cellules germinatives en voie de développement, si elles recevaient un corps étranger, ou le rejetaient, ou mouraient. Mais nous ne savons pas comment le spermatozoïde supporterait la présence d'un virus filtrant syphilitique surtout qu'on sait depuis les travaux de M. Levaditi combien les cellules en état de prolifération régénératrice et de développement mytosique, sont réceptives pour les virus filtrants tels que la vaccine par exemple.

La recherche du tréponème dans le sperme a été rarement faite. Doël et Hoffmann examinèrent du sperme de syphilitiques secondaire et n'y virent pas de germes. Pinard a rappelé à la Société de Dermatologie, en 1936, qu'il avait vu dès 1910 des tréponèmes dans le sperme.

En 1920, ce même auteur avec son élève Hoch put mettre le tréponème en évidence d'une manière indiscutable trois fois sur 11 examens. Les préparations ont été effectuées par la méthode d'imprégnation à l'argent de Fontana-Tribondeau : « les tréponèmes étaient libres entre les spermatozoïdes... ces malades ne présentaient aucune lésion testiculaire évidente ». Dans un cas les auteurs ont pu même découvrir à l'ultramicroscope le tréponème.

Syring appliquant la même méthode a eu les mêmes résultats avec une proportion égale à 44,18 %.

Waldein a étudié histologiquement des testicules macroscopiquement indemnes et a pu déceler sur la coupe des tréponèmes typiques.

Nous en arrivons à ce sujet à adopter les conclusions de P. Durel :

1^o Ou bien le tréponème, qu'il provienne du courant sanguin, du testicule ou même de l'urètre, peut être mélangé au sperme et, véhiculé par celui-ci, être infectant, même en l'absence de lésions génitales apparentes. Hypothèse la plus vraisemblable ;

2^o Ou bien le tréponème, quelle que soit son origine, a pénétré dans le spermatozoïde vivant et suit la destinée de celui-ci. Hypothèse assez peu défendable ;

3^o Ou bien le virus syphilitique se trouve bien, ou dans le sperme, ou dans le spermatozoïde, mais non plus sous la forme de tréponème, mais à l'état d'ultra-virus.

B. — ORGANISME CONTAMINÉ

Nous allons passer maintenant à l'étude des causes prédisposantes de l'infection exclusivement sérologique de la femme. Nous étudierons successivement :

Les causes prédisposantes,
anatomiques,
physiologiques et biologiques,
immunologiques.

1° Causes anatomiques.

Les organes génitaux de la femme sont cryptiques. Le chancre infectant aurait pu passer inaperçu. Et pour Fournier si on ne trouve pas le chancre, c'est qu'il est profondément caché dans un repli vulvaire vaginal, un cul-de-sac — sur le col — dans l'urètre ; ce sont des « chancres inaccessibles ». Ou bien il s'agit d'un chancre nain, fugace ou confondu avec un herpès confluent, une écorchure banale succédant à un traumatisme.

Nous avons vu au cours de notre recherche clinique, en rappelant tous les détails d'un examen génital complet que cette éventualité ne doit jamais être perdue de vue. En tous cas les examens à intervalles répétés ont pu faire éliminer cette cause d'erreur.

Ainsi Benech, à la suite d'une enquête sociale déclanchée par une épidémie de syphilis atteignant d'abord les prostituées surveillées, a pu par des examens complets et répétés, éliminer cette cause d'erreur.

Ce qui nous intéresse dans ce cas, ce n'est pas la propagation de l'épidémie partie des clandestines et atteignant les femmes de maison après avoir touché les femmes en carte circulant en ville, mais c'est le nombre élevé des femmes ayant brusquement des Wassermann positifs.

Ces femmes n'avaient jamais présenté d'accidents ni de séro-

réactions positives antérieurement. Chez 10 de ces femmes mises en observation et surveillées très régulièrement pendant soixante jours, Benech a pu assister au virage de la réaction sérologique vers la positivité. Nous n'ignorons pas l'éventualité possible d'une incubation prolongée du chancre (100 jours et plus), mais il faudrait admettre que les 10 cas auraient eu exactement la même évolution : hypothèse difficilement acceptable.

Mais citons donc maintenant Benech : « la femme a fait une syphilis avec accident primitif ? Le chancre visible est passé inaperçu ? C'est bien invraisemblable pour 18 cas, et même sur les 10 cas dont nous sommes absolument sûrs (nous pourrions même parler de 23 cas cartées et femmes de maison). Il est absolument impossible que dans 10 cas nous n'ayons jamais vu ni accident primitif, ni même accident secondaire chez des femmes dont la sérologie positive s'est installée en quelque sorte sous nos yeux, et pas de traitement préventif chez ces femmes.

Nous disons, non. Parce que nous avons décelé des femmes porteuses de chancre très difficile à découvrir, non seulement du col, mais de la paroi du vagin et qui était cliniquement tout à fait atypique. La présence de tréponème seul nous a permis de poser le diagnostic de chancre syphilitique alors que les lésions n'en avaient nullement l'aspect. Donc notre recherche des accidents cliniques présentait le *maximum de garantie*. »

Nous adoptons entièrement ces conclusions de Benech. Les médecins chargés de la surveillance des prostituées ont une très grande habitude des examens dermato-gynécologiques de contrôle. Dans les observations que nous apportons ce contrôle a toujours été fait hebdomadairement par les médecins de la Préfecture de Police de Paris.

2^o Causes physiologiques et biologiques.

La physiologie des organes génitaux de la femme jouerait pour la plupart des auteurs un rôle de premier plan dans la genèse de la syphilis exclusivement sérologique.

Nous allons envisager cette question au cours des différentes phases du cycle de la vie génitale et fonctionnelle de la femme :

a) Contamination intermenstruelle.

Aujourd'hui il est classique de citer les expériences de Uhlenhut, Grossmann et Mülzer qui en déposant sur la muqueuse vaginale de la lapine sans scarification des produits syphilitiques, observent une généralisation infectieuse asymptomatique contrôlée par le transfert des ganglions.

Nous allons examiner dans ce qui suit quel pourrait être le mécanisme de cette infection dans la syphilis humaine.

Nous savons que le vagin communique par l'intermédiaire de l'utérus et des trompes avec le péritoine. Aussi comment ne nous serait-il pas permis de penser que le virus déposé dans le vagin, ne puisse suivre la même voie que le spermatozoïde fécondant ?

Avant d'examiner cette question, il faudrait savoir si le tréponème peut survivre dans les organes génitaux de la femme.

Les discussions sont nombreuses. En 1933, à la Société de Dermatologie, il a été fait à ce sujet de nombreuses communications particulièrement intéressantes par MM. Levaditi, Vaisman, Sézary et G. Lévy, Touraine, Ribadeau-Dumas et Etienne Lortat-Jacob. Ce dernier dans une étude sur l'acidité vaginale précise ces discussions :

- 1° en milieu acide le tréponème ne peut pas vivre ou vit mal ;
- 2° les muqueuses de la région génitale étant acides, les accidents spécifiques peuvent donc apparaître et se développer en milieu acide.

Mais devant cette contradiction et en prenant comme exemple nos observations, ne peut-on pas admettre que les ablutions fréquentes des prostituées, lavages savonneux pratiqués jusqu'au col, modifient sensiblement l'acidité vaginale naturelle ? Ceux-ci même peuvent par leur action caustique déterminer à la longue l'exfoliation de l'épithélium.

Ne peut-on envisager l'hypothèse que seule la forme spiralée spirochétienne du virus est détruite par l'acidité du milieu et prolifère dans l'alcalinité de la plaie, alors que d'autres formes de ce même virus résisteraient à l'acidité des muqueuses génitales ? Il y aurait là un argument de plus en faveur d'un cycle évolutif du virus de la syphilis, cycle déjà maintes fois envisagé (Touraine, Ribadeau-Dumas, Lortat-Jacob).

On a d'autre part introduit du tréponème dans la cavité vaginale de femmes syphilitiques, mais sans accidents spécifiques actuels, or, au plus tard une heure après l'injection, les parasites ont pu être décelés à l'ultra microscope et sur frottis. De plus la sécrétion vaginale conserve sa virulence acquise pour la souris et le lapin pendant le même laps de temps, et ensuite l'activité pathogène disparaît.

Ces recherches de MM. Levaditi et Lépiny ne sont peut-être pas applicables aux cas dans lesquels il n'y a pas de syphilis antérieure. Celle-ci aurait pu en effet, modifier l'action virulicide des sécrétions vaginales.

L'observation clinique donnerait peut-être des renseignements plus précis là où l'expérimentation et l'étude chimique n'apportent que des contradictions.

Galliot a pu suivre cliniquement et sérologiquement 12 femmes qui ont eu des rapports avec 11 hommes qui étaient en pleine période primaire et secondaire, parmi ces femmes 5 seulement ont été infectées dont 2 sans lésions cliniques, mais chez lesquelles la syphilis ne s'est déclarée que par le virage de la réaction sérologique vers la positivité.

Parmi les femmes infectées à une exception près, le vagin était sec et le col était net. Les femmes restées indemnes avaient des vaginites et des métrites purulentes.

Il semble donc qu'il est permis de supposer que dans certaines conditions le tréponème survit dans les organes génitaux de la femme.

Pour un grand nombre d'auteurs, l'inoculation se ferait sur l'utérus. La muqueuse qui revêt la paroi utérine est un épithélium cylindrique doué de propriétés absorbantes, à l'opposé du revêtement vaginal pavimenteux et kératosique chez la prostituée. C'est du moins l'avis de Gaucher qui dès 1917 prétendait ne jamais avoir rencontré de chancre en dehors des muqueuses dermo-papillaires et pour lui le chancre du rectum n'était jamais qu'un chancre anal. A son avis, si le malade est un syphilitique ancien, il n'y a jamais de contagion de muqueuse à muqueuse, mais contagion par le sperme.

Bory se demande même si après avoir traversé l'utérus, le tréponème ne pourrait pas remonter par le trajet salpingien dans le péritoine. Cette hypothèse paraît très attrayante car expérimentalement Bertarelli a injecté le virus à une macaque par voie

péritonéale avec succès. D'autre part, Gaucher aurait un peu légèrement peut être accusé un chirurgien d'avoir en pleine syphilis secondaire et porteur de plaques muqueuses « postilloné » des tréponèmes dans le ventre de son patient et infecté ainsi le péritoine (Schulmann).

Bory attire de plus l'attention sur l'action virulicide que possède toujours la sérosité péritonéale. Cet auteur se demande si cette action ne pourrait pas atténuer la virulence des germes et donner ainsi naissance à une syphilis inapparente.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'expériences relatant l'inoculation du virus à l'ovaire, cette voie d'infection paraît *a priori* possible quoique Warthin au cours de ses autopsies ait trouvé les ovaires presque toujours exempts de lésions spécifiques. Il a obtenu d'ailleurs les mêmes résultats négatifs sur les trompes et l'utérus, mais cela n'exclut pas que l'inoculation ait pu se faire sur ces organes.

Ce caractère des tissus utéro-salpingiens n'est pas admis par tous les auteurs. Ainsi pour Audry, la syphilis utéro-annexielle serait même plus fréquente que la syphilis de l'appareil urogénital de l'homme.

Quant à la syphilis ovarienne, nous avons dit qu'elle semble être exceptionnelle, néanmoins MM. Milian et Périn ont pu parler d'aménorrhée syphilitique ce qui d'ailleurs pose le problème de l'atteinte des glandes endocrines par la syphilis.

b) Contamination en période menstruelle.

La syphilis inapparente contractée pendant la période menstruelle a déjà fait l'objet d'une communication de Gaucher en 1917. L'auteur suppose qu'à la faveur de la plaie utérine, la contamination de la femme se ferait par voie endoveineuse.

La multitude de cas de syphilis à la suite de transfusion sanguine permet d'envisager avec raison ce mode d'inoculation de la maladie bien que M. Tzanck écrive qu'on n'a jamais pu observer de syphilis inapparente à la suite de transfusion sanguine. On pourrait alors admettre l'hypothèse de Gaucher sur cette voie d'inoculation. En effet, il n'y a aucun point de comparaison entre une transfusion massive et la pénétration d'une petite quantité de sperme véhiculant quelques rares tréponèmes au voisinage de la plaie utérine.

c) Contamination pendant la grossesse.

Nous arrivons à un sujet qui est le plus anciennement étudié, mais qui reste néanmoins très obscur. Peut-être l'étude de la syphilis inapparente permettra-t-elle de clarifier cette question.

On définit généralement sous le nom de syphilis conceptionnelle, une syphilis acquise par contamination de la mère par l'œuf ou le fœtus.

Cette syphilis reste de règle asymptomatique, mais la réaction de Wassermann est plus souvent positive. Il semble que la fécondation et la contamination auraient été simultanées dans le cas publié par Lafourcade. L'intérêt de cette observation vient du fait qu'elle concerne une prostituée en carte :

Il s'agit en effet d'une femme en carte (blanche) qui a un Wassermann positif sans signe clinique et sans signe d'infection ancienne. Elle se plaint de troubles digestifs, inappétence, dégoût des aliments, vomissements bilieux quotidiens, picotements des seins, la 1^{re} injection de 0 gr. 30 de novar fait apparaître la réactivation (éruption).

Actuellement la théorie de la syphilis conceptionnelle est fort critiquée ; d'après MM. Milian et Carle, il est beaucoup plus rationnel et facile d'admettre que la contamination ainsi réalisée est le résultat non de l'infection de la mère par le fœtus, mais de la mère par un accident fruste du mari, voire même du sperme.

Riefschell explique le manque de généralisation de la syphilis conceptionnelle par le fait que l'infection syphilitique se faisant par le corps de l'utérus reste cantonnée dans le bassin.

Pour Bory « il y aurait dans la zone para-ovarienne ou tubulaire des foyers localisés de germes syphilitiques à l'état de saprophytes qui contamineraient au passage le produit de la conception ».

Ne serait-il pas possible d'expliquer l'absence de symptômes par la théorie de la syphilisation lente et progressive ? Les tréponèmes n'envahissant pas d'emblée l'organisme maternel, mais seulement après avoir été filtrés par le fœtus et le placenta.

Ces petites décharges successives de germes pourraient à la rigueur expliquer comment l'organisme maternel s'immunise en même temps qu'il s'infecte. L'étude de la perméabilité de l'œuf

et du placenta donnera peut-être un jour une explication de ce mécanisme.

d) Contamination extra-génitale.

Parmi les voies de pénétration physiologique du virus, nous pouvons compter l'amygdale. Son tissu lymphatique est doué d'un pouvoir absorbant et ainsi le tréponème pourrait pénétrer sans créer de réaction de défense organique au point de pénétration (envahissement direct de l'organisme par le système lymphatique). Mais nous insistons sur la difficulté qu'on pourrait avoir à déceler une lésion d'inoculation ayant son siège au fond d'une crypte, de très petite surface et inaccessible à la vue. Cette voie d'infection existe d'ailleurs pour de nombreuses maladies infectieuses telles que Rhumatisme articulaire aigu, la poliomyélite aiguë et même dans certains cas la tuberculose pulmonaire.

3° Causes immunologiques.

Nous avons vu que l'on pouvait interpréter les phénomènes que nous avons étudié en pensant qu'il s'agissait d'une inoculation pauci-tréponémique.

L'interprétation inverse peut aussi être invoquée : inoculation normale sur un organisme présentant un certain degré d'immunité qui permet le développement d'une syphilis sérologique, mais qui s'oppose au développement de lésions cliniques. C'est le cas d'une syphilis qui se développait chez un ancien syphilitique et ceci constitue un mode de réinfection sur lequel d'ailleurs M. le Professeur Gougerot dans son enseignement. Nous avons insisté vu qu'il s'agissait généralement de femmes jeunes. Dans le milieu où nous avons relevé nos observations, il s'agit de prostituées, on peut penser, qu'à une ou plusieurs générations s'est développé une syphilis qui a laissé un certain degré d'immunité modifiant les conditions normales de la fixation du tréponème sur l'organisme.

C. — AGENT DE CONTAMINATION

Nous avons dit en étudiant la source de contamination que le sperme contient le virus sous une forme ou une autre, — tréponème pour certains — virus filtrants pour d'autres. Il n'est pas dans notre intention d'envisager ici toutes les hypothèses qui ont donné lieu à ces théories. Nous préférons plutôt rappeler certains faits cliniques établis de façon indiscutable qui tendent à montrer qu'on rencontre la syphilis inapparente chez la femme, et dans certaines conditions seulement. Nous nous excusons de revenir à ce propos sur ce que nous avons exposé au chapitre de la clinique, c'est-à-dire sur la fréquence de la syphilis latente dans la syphilis conjugale. Dans ces cas, il s'agit habituellement d'un vieux ménage dans lequel la syphilis est apportée par le mari.

Celui-ci est un ancien syphilitique non traité soit par négligence, soit par ignorance. D'autres fois, c'est un malade à qui son médecin avait donné l'autorisation de se marier après un traitement anti-syphilitique intensif et prolongé et chez qui la guérison a pu être contrôlée par toutes les méthodes biologiques.

Il arrive cependant que même dans les cas les mieux traités, la femme contracte une syphilis inapparente.

Les études de Bertin sur la syphilis occulte du testicule ainsi que les études anatomo-pathologiques de Warthin permettent de supposer que dans ces cas, il persistait chez l'homme des foyers de tréponèmes dont la virulence a été modifiée, atténuée soit par l'âge de l'infection, soit par le traitement anti-syphilitique.

A côté de cette explication, il y a place à une autre hypothèse : ces foyers ne contiennent que très peu de tréponèmes et ainsi l'inapparence de la syphilis de la femme serait due à la petite quantité de virus présidant à l'inoculation.

Tout se passerait donc comme en syphilis expérimentale quand M. Gastinel descendant au-dessous d'un certain seuil, n'arrive à

obtenir qu'une syphilis asymptomatique, dont la seule manifestation est une réaction sérologique positive.

Certains auteurs ont voulu faire intervenir la notion de pluralité de virus pour expliquer la syphilis asymptomatique. Pour eux il y aurait des germes qui donneraient des syphilis asymptomatiques et d'autres qui donneraient des syphilis apparentes.

Après avoir analysé les données expérimentales et les données pathogéniques, nous allons voir dans quelle mesure ces notions s'appliquent à la syphilis exclusivement sérologique.

L'expérimentation nous montre qu'il existe des syphilis asymptomatiques dans lesquelles la porte d'entrée du virus ne laisse aucune lésion. Pourtant les organes (ganglions et testicules, etc.) de ces animaux sont infectants et leur sérologie est positive.

L'étude de la pathogénie nous a montré qu'il y a des théories nombreuses susceptibles de donner une explication suffisante en l'absence de lésions initiales et de symptomatologie clinique.

Dans notre étude clinique certains auteurs ont montré que les malades peuvent être contagieux. Donc toutes les conditions sont remplies pour que cette forme de syphilis prenne la place nosologique qui lui est due dans le cadre de la syphiligraphie.

En effet, pourquoi ne pourrions-nous pas admettre l'existence d'une syphilis exclusivement sérologique et contagieuse alors que MM. le Professeur Gougerot et Boulle viennent de publier une étude intéressante sur la « syphilis muette, cliniquement et humoralement, mais virulente puisque transmissible ».

Ainsi tout se passerait en syphilis asymptomatique comme en syphilis nerveuse (virus neurotrope). Mais cette théorie très discutée et avec juste raison demande à être confirmée de façon certaine.

Nous avons cité les expériences de Perkel qui aurait réussi à créer par passages chez l'animal, des souches susceptibles de donner une syphilis asymptomatique cliniquement, mais son expérience reste malheureusement isolée.

Problème prophylactique de la syphilis exclusivement sérologique.

Le problème prophylactique se pose de la façon suivante :

La malade est-elle un danger pour son entourage ?

A ce propos nous croyons utile de citer M. Bizard qui le premier et dans les mêmes conditions que nous s'est attaché à rechercher cette forme de syphilis.

« Il trouve des femmes dans la proportion de 10 % dont le Wassermann était positif et qui n'ont ni éruption, ni ganglions, ni fissures, ni hémorroïdes, ni angine, ni trouble de l'état général, ni aucun symptôme externe ou interne, pouvant en somme être rapporté à la syphilis qui reste donc chez elles, purement sérologique. »

« Comme il est logique de supposer que des accidents contagieux peuvent apparaître tout à coup chez ces femmes, bien que ne présentant qu'une syphilis sanguine, il était de notre devoir de mettre hors d'état de nuire des malades de cette sorte ».

Or, dans la première observation de M. Bizard déjà citée, c'est la contagion faisant ouvrir une enquête épidémiologique qui a permis de reconnaître cette forme de syphilis.

Mais à notre avis, il est superflu de supposer que des accidents contagieux puissent apparaître tout à coup chez ces femmes, elles sont vraisemblablement contagieuses et de façon permanente tant qu'elles ne sont pas traitées.

D'ailleurs on sait que le sang des règles de syphilitique est contagieux (Dora Fuchs), les urines d'autre part peuvent véhiculer des tréponèmes et même la peau apparemment saine peut en contenir. Pour M. Chevallier jamais de syphilis conjugale aussi inapparente qu'elle soit ne met à l'abri la malade ou sa descen-

dance des complications viscérales et des transmissions héréditaires.

La logique veut qu'il en soit de même dans la forme de syphilis que nous étudions. Même au cours de la syphilis muette cliniquement et sérologiquement MM. Gougerot et Boulle ont observé des cas de contagion.

Le sujet est donc contagieux, sa syphilis est en outre, un danger pour lui-même. Fournier disait : « Le présent en syphilis n'est en rien le miroir de l'avenir ».

On peut considérer que l'infection syphilitique inapparente cliniquement est la conséquence d'un équilibre entre l'organisme et le parasite. Ces états d'équilibre en pathologie sont instables. A la faveur d'une modification du terrain déclanchée par une infection ou une intoxication, etc... en somme, un phénomène biotrope, le tréponème reprend de la virulence et cause des désordres pathologiques.

Ce sont surtout les localisations vasculaires aortiques ou cérébrales restées inapparentes jusqu'alors qui viennent brutalement transformer le pronostic.

Il est indiscutable que l'allergie existe au cours de l'infection syphilitique. Son étude expérimentale a d'ailleurs été très riche en découvertes, mais les observations cliniques sont nettement en contradiction avec la théorie de Dujardin qui préconise l'abstention de traitement au début de l'infection, croyant que cette abstention immuniserait l'organisme contre les complications ultérieures.

Conclusions.

Nous avons compulsé 2.700 dossiers de prostituées en traitement pour la syphilis au Dispensaire de Salubrité à la Préfecture de Police et dans le Service de M. Fernet à l'Hôpital Saint-Lazare.

I. — Parmi ces observations, 47 présentaient les caractéristiques suivantes : à l'occasion d'un examen sérologique fortuit ou systématique, une réaction sérologique avait été trouvée positive sans que l'on ait décelé aucun signe clinique de syphilis et sans que rien de suspect puisse être relevé dans les antécédents.

Dans ce nombre de 47 observations nous avons pu personnellement suivre quelques malades et étudier spécialement les antécédents et l'aspect clinique.

Avec les réserves que nous verrons, nous pensons que la critique de ces observations permet de conclure à l'existence d'une forme particulière de syphilis d'infection *récente* chez la femme qui se manifeste à l'exclusion de tout autre symptôme par la seule apparition d'une séro-réaction positive. Cette syphilis monosymptomatique débute donc exclusivement par l'anomalie sérologique, sans chancre, sans accidents secondaires, sans lésions viscérales et sans antécédents suspects. Elle doit donc être différenciée de :

a) la syphilis décapitée dans laquelle manque le chancre, mais où, à une réaction sérologique positive, correspondent des accidents secondaires ;

b) la syphilis latente qui est une syphilis *ancienne* révélée par l'apparition de signes cliniques tardifs, en particulier viscéraux avec ou sans sérologie positive ;

c) la syphilis humorale qui est une forme latente, donc *ancienne*, mais dont le début a été méconnu et qui se révèle exclusivement par le résultat positif de la réaction.

La forme de syphilis que nous étudions touche de très près à cette syphilis humorale, mais cependant s'en différencie par le fait que dans les cas les plus nets, on assiste à l'apparition de réactions positives alors que dans la syphilis humorale on peut toujours penser que les accidents cliniques du début n'ont pas été remarqués.

On peut évidemment discuter les observations que nous avons recueillies, mais les circonstances de leur évolution nous paraissent cependant devoir les faire prendre en considération.

Parmi nos 47 observations :

il y en a 20, dans lesquelles deux contrôles sérologiques au moins furent négatifs dans les quatre mois qui précèdent le passage de la sérologie à la positivité.

12 observations n'ont eu qu'une seule réaction pratiquée et négative, dans les trois mois qui ont précédé la réaction positive,

11 observations concernent des prostituées chez lesquelles il n'y avait pas eu de réaction antérieure, femmes jeunes débutant dans la prostitution et qui, *pour cette raison*, nous paraissent devoir être classées plutôt ici que dans la syphilis humorale.

Enfin, quatre observations concernent les femmes qui, dans leurs antécédents, avaient eu à l'occasion d'une réaction une réponse douteuse avec hémolyse partielle, isolée, puis les réactions sérologiques ultérieures avaient été négatives jusqu'au moment où elles sont devenues complètement positives.

Dans l'ensemble de ces 47 observations, 15 fois il s'agissait de femmes débutant dans la prostitution.

La *moyenne* du temps écoulé entre la dernière réaction négative et la réaction positive est pour 28 observations de quatre-vingt-onze jours (limites 80 et 115 jours).

Dans 4 cas, il s'est trouvé que la dernière réaction négative ne datait que de huit, vingt-six, vingt-huit, et trente-un jours.

Dans 11 observations, nous avons pu observer le passage *progressif* de la sérologie vers une réaction positive.

Il semble bien difficile d'invoquer une période positive d'un Wassermann oscillant, car dans un grand nombre de nos observations l'âge des prostituées et le virage *progressif* de la séro-réaction confirment l'existence d'une infection récente.

On peut également penser qu'à une ou plusieurs générations s'est développé une syphilis qui a laissé un certain degré d'im-

munité modifiant les conditions normales de fixation du tréponème dans l'organisme, permettant ainsi le développement d'une syphilis sérologique mais s'opposant au développement de lésions cliniques.

Notre étude porte sur la syphilis sérologique chez les prostituées. Evidemment, le même phénomène peut se rencontrer en dehors de ce milieu spécial (syphilis conjugale lors du contrôle sérologique pré-natal, etc..)

II. — Peut-être que la syphilis expérimentale peut nous aider à comprendre les faits précédents. La syphilis sérologique expérimentale est connue en particulier chez le lapin (10 % des animaux inoculés) ; elle est étudiée sous le nom de syphilis asymptomatique ou inapparente, elle peut être provoquée par des artifices expérimentaux, tels qu'une diminution quantitative du nombre des tréponèmes inoculés ou une variation qualitative de la souche.

Les expériences connues de M. Gastinel sur le seuil tréponémique contaminant peut laisser croire qu'il y a eu une inoculation des tréponèmes en petite quantité dans la modalité d'infection qui nous intéresse. On a montré qu'il pouvait exister des tréponèmes en petite quantité dans le sperme des syphilitiques (pour certains auteurs même si ceux-ci avaient été correctement traités); peut-être y a-t-il eu ici une inoculation paucitréponémique qui expliquerait l'existence d'une syphilis purement sérologique. D'ailleurs, peut-être également les variations biologiques du tréponème au cours d'un cycle évolutif pourraient-elles également intervenir.

L'expérimentation a montré que des artifices locaux (métallo-prévention locale, faradisation sympathique, etc..) pouvaient donner naissance à une syphilis asymptomatique chez l'animal : la possibilité de faits du même ordre intervient peut-être en syphilis humaine.

Dans le cas de la femme, on peut soulever aussi l'hypothèse d'une affection péritonéale par voie ascendante, l'action bactériolytique du péritoine pouvant s'opposer à l'évolution d'une syphilis normale : nous avouons qu'il s'agit-là jusqu'ici d'une pure vue de l'esprit.

L'influence possible des lavages ou des antiseptiques doit être à retenir, ceux-ci intervenant pour modifier le milieu où se déve-

lopperait le chancre ou pour diminuer la virulence microbienne. Des lésions retentissant sur le sympathique pourraient également être retenues. On sait que les prostituées ont souvent un milieu vaginal et cervical modifié par les lavages et que chez elles des complexes infectieux sont particulièrement fréquents.

On peut aussi imaginer que l'infection se fait au cours de la période menstruelle par la voie d'une veine périphérique et que de ce fait les tréponèmes inoculés sont diminués dans leur nombre ou leur virulence.

III. — Nous n'avons pas voulu défendre à tout prix l'existence d'une syphilis sérologique désirant seulement exposer quelques observations. Du fait que celles-ci font intervenir le passé des malades, elles peuvent évidemment être critiquées, mais il nous semble que certaines d'entre elles présentent assez de garanties pour que l'on puisse admettre la possibilité de cette forme particulière de syphilis, dont l'existence a été déjà supposée par quelques auteurs.

Du point de vue théorique, nos connaissances de syphilis expérimentale nous permettent de l'accepter, du point de vue pratique nous pensons que l'apparition de séro-réactions positives doit entraîner, tout au moins dans le milieu de la prostitution, les mêmes précautions thérapeutiques qu'une syphilis en activité.

Vu : le Président de la thèse,

GOUGEROT.

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie concernant la syphilis expérimentale se trouve dans trois ouvrages :

- GASTINEL et PULVENIS. — La syphilis expérimentale. Masson, 1934.
COLLART. — Etudes sur la syphilis expérimentale. Thèse Paris, 1936.
LÉVY (Georges). — Encyclopédie médico-chirurgicale : syphilis expérimentale, 2^e édition, 1938.

* * *

- ALMKWIST. — La syphilis d'emblée. *Derm. Woch.*, 1913, I, 56.
AUDRAIN. — La syphilis obscure. Paris Doin, 1911.
AUDRY (Ch.). — Syphilis sérologique d'emblée. *Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*
— Syphilis endogène et cryptocarcinique. *Bruux. Méd.*, 2 nov. 1922.
AUDRY et CHATELIER. — Syphilis carcinique à début ganglionnaire. *Ann. Derm. et Syph.*, t. II, 1921, p. 301.
— Sérologie des prostituées à Toulouse. *Bull. Soc. Derm. et Syph.*, 35, 1928, p. 50.
BASOMBRIO. — Bordet-Wassermann et Kahn dans le sérum de 115 malades sans anamnèse syphilitique et sans symptômes. *Semena Med.*, 1935, II, 325.
BELHOUR et BENECH. — Syphilis décapitée. *Bull. Soc. fr. de Derm. et de Syph.*, 42, 1934, n° 1.
BENECH et SPLEMMANN. — Dépistage de la Σ chez les prostituées. *Bull. Soc. fr. de Derm.*, 42, p. 428.
BERNADET. — Σ acquise sans chancre. Thèse de Toulouse, 1922-1923.
BERTARELLI. — *Centr. f. Bakt.*, 1913, t. LXX, p. 187.
BERTÉ. — Thèse de Marseille, 1934.
BERTIN. — Σ latente et grossesse. *Presse Méd.*, 1926, p. 278.
— A propos de quelques cas de syphilis conjugale. *Bull. Soc. franç. Dermat. et Syphilig.*, 1926, p. 123.
— Σ conjugale inapparente. *Bull. Soc. fr. de Derm. et Vén.*, 43, juin 1936, 1134-1136.

- BERTIN, NAYRAC et BRETON. — La Σ latente du testicule. *Echo Méd. du Nord*, 1935, p. 433.
- RAUOL (Bernard). — Pas de symptôme. Wassermann +. Qu'est-ce à dire, que faire ? *Bruxelles Méd.*, 9 mars 1930.
- BESSEMAN. — Notion d'immunité. *Bruxelles Médical*, XIV, 1934, n° 29, 20 mai, p. 51.
- BERTARELLI. — Sur la transmission de la syphilis au lapin. *Centr. f. Bact.*, 1913, t. LXX, p. 187.
- BIZARD et JOLIVET. — Une femme indemne de tout accident spécifique mais présentant une réaction de Bordet-Wassermann complètement positive, peut-elle être contagieuse ? *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1925, p. 65, t. 32.
- BIZARD. — Les résultats de la réaction de Wassermann chez les femmes de maison de prostitution. *Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, 1928, p. 574.
- BORY. — A propos de la Σ occulte de la femme. *Bull. fr. Derm. et Syph.*, 32, 1925, p. 171.
- BOUQUET (H.). — La syphilis asymptomatique. *Le Monde médical*, 1937, p. 849.
- BREINL (F.). — Considérations sur l'immunité à propos de quelques maladies à virus filtrant. *Deutsche Med. Woch.*, 13, II, 1925, p. 264.
- L'infection asymptomatique. *Klin. Woch.*, 24 sept. 1929, p. 1793.
- BUREAU (Yves). — Dépistage de la Σ latente de la femme enceinte, 46, 1933, p. 448.
- CARLE. — Les conceptions modernes sur la transmission héréditaire de la syphilis. *Arch. Derm. et Syph.*, février 1933.
- CHARGIN et ROSENTHAL. — Le comportement paradoxal de la réaction de Wassermann au cours de la syphilis latente. *The Journal of the Americ. Med. Ass.*, vol. 107, 1936, p. 1374.
- CHATSCHATURJAN. — Syphilis latente et inoculation lymphatique. *Derm. Zeitsch.*, LXVI, 1933, p. 315.
- CHAPPAZ (G.). — Détection de la Σ en obstétrique. *Proph. antiv.*, 8, 1936, 481.
- CHEVREL-BODIN. — Réflexions à propos de la sérologie de la syphilis. *Presse Médicale*, 5 février 1936.
- COLLART (Pierre). — A propos de quelques données en syphilis expérimentale. *Journal des Praticiens*, 22 mai 1937.
- Infections du système lymphatique et du tissu musculaire, immunité régionale et phénomènes de sensibilisation allergique. Thèse Paris, 1936.
- CORSANELLO. — Sur la syphilis ignorée et étrange. *Rinasz. Méd.*, 1929, n° 1.

- DAVIDSON (G. A.). — Symptomatology de la Σ non soupçonnée. *Urol. et Ent. Rev.*, 40, 1936, 815.
- DEGOS (R.). — Données biologiques et expérimentales sur la syphilis. *Journ. Méd. et Chirurg. pratique*, 10 juillet 1934.
- DEMANCHE (R.). — Séro-diagnostic de la Σ . Doin, 1936.
- DOMON et SHIMODA. — Variation saisonnière de la durée d'incubation de la syphilis chez les lapins. *Ac. Derm.*, 1927, t. IX, p. 169.
- DUFOL et LAURENT. — Prophylaxie et hérédo- Σ . *Presse Méd.*, 21 déc. 1927.
- DUJARDIN. — La syphilis ignorée. *La Médecine*, 1927.
- DUMONT et HOUPLAIN. — La syphilis inapparente. *Echo Méd. du Nord*, 1934, n° 52, p. 1141.
- DUREL (Pierre). — Les porteurs de germes en vénérologie. Thèse Paris, 1932.
- FELDMANN. — Syphilis d'emblée. *Rev. fr. Derm. et Vén.*, 1928, p. 326.
- FERNET et COLLART. — Le chancre du col de l'utérus. *Paris Médical*, mars 1938.
- FISCHER. — Considérations générales sur la sérologie. *Schw. Med. Woch.*, 1936, t. 66, p. 461.
- La syphilis silencieuse. *Le Concours Médical*, 14 novembre 1934.
- FLOQUET. — Contribution à l'étude des réactions syphilitiques retardées dans l'évolution de la syphilis acquise. *Rev. fr. Derm. et Vén.*, t. II, 1935, p. 78.
- FRIEDEMANN (LÉON), MORTON et MOZER (L.) (Philadelphia). — *Americ. Journ. of Syphilis et Vénérol.*, 22 mai 1938, p. 340.
- GALLIOT. — La contagiosité de la syphilis. *Bull. Soc. fr. de Derm. et Σ* , 1935, p. 775.
- Syphilis conjugale. *Journal de Médecine de Paris*, 1^{er} sept. 1927.
- GASTINEL (P.). — A propos de l'hérédité syphilitique unilatérale. XVIII^e Congrès de Médecine. Nancy, 1926.
- GASTINEL (P.) et PULVENIS (R.). — La syphilis expérimentale. Masson, 1934.
- GASTINEL (P.). — A propos de quelques données biologiques sur la syphilis. *Bull. Méd.*, 1935, p. 133.
- GASTINEL, DEMANCHE et PULVENIS-COLLART. — Modifications du pouvoir flocculant du sérum vis-à-vis de l'antigène de Meinicke, après irritation du système neuro-végétatif. Etude dans la syphilis expérimentale du lapin. *Bull. Société de Dermato. et Syphiligraphie*, juin 1938.
- GATÉ. — Les notions nouvelles sur la syphilis. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1934.
- GATÉ et DEBOS. — Σ et porteurs de germes. *Revue d'hygiène*, 1938.
- GAUCHER. — La Σ sans chancre chez la femme. *Annales de maladies vénériennes*, 1917, p. 10.

GERBAY. — *Bull. Méd.*, mars 1925.

GERSCOVIC. — *Zeitschrift für Gesam. Neurol. et Psych.*, 1929, p. 442, t. 122.

GOUIN, BIENVENUE, LE BIGOT. — Syphilis inapparente diagnostiquée par la leucocyto-réaction et confirmée plus tard par la clinique. *Bull. Soc. fr. de Derm.*, 1935, p. 318.

GRAVAGNA. — Une observation prophylactique en matière de syphilis latente. *Il Dermosifilografo*, 1929, p. 76.

— Réaction de Bordet-Wassermann au cours de la syphilis ignorée. *Gazzetta intern. di med.*, n° 35, 1911.

GRÜNBERG. — Réaction de Wassermann artificielle. *Klin. Woch.*, 1936, p. 1263.

GUÉNIOT. — Valeur pratique de la réaction de Wassermann pendant la grossesse et suites de couches. *Acad. Médecine*, 5 juin 1934.

GIRARD. — Chutes brusques de la courbe sérologique et indépendante du traitement. *Arch. Inst. Proph.*, t. 7, n° 2, 1935.

GOUGEROT. — La spécialisation du virus par sensibilisation. *Ann. de Malad. vén.*, 1916, p. 264.

— Quelques notions nouvelles ou oubliées sur la contagion de la syphilis. *Journal des Praticiens*, 6 avril 1918.

— La syphilis acquise sans chancre. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 1921, n° 33, p. 1522.

GOUGEROT et DELORT. — 5 syphilis sans chancre. *Ann. mal. vén.*, 32, 1937, p. 196.

GOUGEROT et BOULE. — Syphilis muettes cliniquement et humoralement virulentes, puisque transmissibles. *Journ. des Prat.*, 1938, 27 août.

GOUGEROT, BLUM (P.), VIAL. — Séro-réactions de Bordet-Wasserman faussement positives au cours d'infections bénignes (érythème polymorphe-pyodermite).

HASHIGUCHI. — L'influence des saisons et la généralisation des symptômes des lapins syphilitiques. *Lues*, 1929, III, p. 155.

HISSARD et BÉNARD. — Chancre fugace et syphilis dite sans chancre. *Bull. Soc. Dermat. et Syphilis*, juillet 1935.

HOCH. — Recherche du tréponème dans le sperme. Thèse Paris, 1919.

ICHOK. — Immunité antisiphilitique. *Presse Méd.*, 1930, p. 286.

JOSA, LADISLAW. — La signification de la syphilis en chirurgie à propos d'examen sérologique. *Arch. für Klin. Chir.*, 184, 299-319, 1935.

JEANSELME et LEFÈVRE. — Fausse-couche-mortinatalité, pélylétalité infantile ne sont pas toujours des signes indiscutables de syphilis. *Progrès Méd.*, 1925, 12 décembre.

JOULIA. — Dépistage de la syphilis chez la femme. *Proph. antiv.*, 1935, p. 600.

- De la fréquence des chancres syphilitiques du col et des parois vaginales chez les prostituées. *Paris Médical*, 7 mars 1936.
- ISRAEL (Jean). — Syphilis sous chancre. Thèse de Lille, 1937.
- KERTÉSZ. — Sur la syphilis latente et la contamination par le sperme. *Med. J. et Rec.*, 1930, p. 472, 1930, 136 ; *Brit. Journ. D. et S.*, 1931, p. 588.
- Les raisons théoriques de la virulence du sperme au cours de la syphilis latente. *Médic. Journal and Record*, 15, IV, 1931.
- KIAN, LOE, PING. — Fréquence de la syphilis latente chez les chinoises de Batavia. *Geneesk. Tijdschr. Nederl. Indië*, 1936, 722-749.
- KOLMER. — Immunité syphilitique, réaction sérologique, thérapeutique. *Amer. Journ. of Gono. et vénér. Deas.*, 22 juillet 1938, p. 426.
- KOLLE et EVERS. — Syphilis expér. *Deutsch. Med. Woch.*, 1926, p. 559.
- KOLLE et SCHLOSSBERGER. — Syph. asymph. exp. *Deutsch. Med. Woch.*, 1926, p. 1245 ; 1928, p. 129.
- KRUMHOLZ. — Contribution à l'étude de la syphilis latente. Thèse Nancy, 1934-1935.
- LAFOURCADE. — Σ sans chancre. *Rev. franç. de Dermat. et de Vénérolog.*, t. 7, mai 1931.
- LAURENTIER (Th.). — Statistique sérologique des services obstétricaux (Maternité et Clinique) et des prisons de Toulouse pendant 1934.
- LÉMAIRE et LÉVY. — Les enseignements de la réaction de Wassermann au point de vue de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. *Paris Médical*, t. XV, 10 janv. 1925.
- LÉONARD. — Syphilis sous chancre, considérations cliniques et expérimentales. *Journal de Méd. Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 juin 1935.
- LÉPINE. — Tréponème et syphilis. *Arch. intern. de Neurol.*, VIII, 1931, octobre.
- Infection syphilitique inapparente de la souris. Infectiosité comparée de la rate et du cerveau. *C. R. Soc. Biol.*, 29 juin 1929.
- LÉVY-BING. — Σ sans chancre. *Ann. des Mal. vén.*, 30 mai 1935, p. 356.
- LÉVY-BING et LÉVY (W.). — Des garanties à exiger d'une réaction sérologique pour en tirer des conclusions positives dans le diagnostic de la syphilis. *La Vie médicale*, 1931, p. 141.
- LORTAT-JACOB (Etienne). — L'acidité vaginale explique-t-elle la rareté du chancre du vagin ? *Journ. de Méd. et Chirurg. pratiq.*, juillet 1934.
- MAGIAN. — Un cas de Σ sans chancre primitif. *The Brit. Med. Journ.* sept. 1909.

- MANSOUR (Maurice). — Thèse de Paris, 1930.
- MARSHALL. — Un cas de Σ sans chancre primitif. *Lancet*, 25 mai 1929, 1361.
- MARCUS. — Dépistage de la Σ à la Maternité de Saint-Antoine. Thèse de Paris, 1935.
- MARGAROT et DEVÈZE. — Limite de la Sérologie. *Montpellier Méd.*, 1935, p. 97.
- MESTRE (Robert). — La syphilis sans chancre. Thèse de Bordeaux, 1936.
- MILIAN. — Syphilis sans chancre. *Paris Méd.*, p. 375.
- Wassermann inattendu. *Journ. de Méd. et de Chir. pratiq.*, 10 juill. 1933.
- Syphilis occulte. *Revue française de Derm. et Vénérologie*, mai 1937.
- MOREL (F.). — Σ sans chancre. *Paris Médical*, 1929, p. 566.
- MORIN (J. H. L.). — Une consultation de dépistage de la syphilis dans une Maternité. Thèse de Paris, 1932.
- NAKAGAWA (K.) et WATA (F.). — Réaction de Bordet-Wassermann chez les prostituées de la Préfecture de Taïkoku. *J. Med. Assoc. Formosa*, 1935.
- NAPODEWSKY et CHIRIAIEVA. — Σ ignorée chez la femme. *Sov. Vest. Vén.*, 1934.
- NICOLAS et GATÉ. — La réaction de Wassermann dans le sang. *Ann. de Derm. et Σ* , 1933 ; *Bull. Méd.*, 1930, p. 43.
- NICOLAS et ROUSSET. — Syphilis sans chancre. *Journ. de Méd. et Chir. prat.*, 10 sept. 1935.
- NICOLLE et LEBAILLY. — Les infections expérimentales inapparentes. *C. R. A. C.*, 1919, p. 800.
- OGLIASTRI. — Les oscillations paradoxales du Wassermann. Thèse de Paris, 1929.
- ORPHANIDIS. — Dangers et méfaits de la syphilis latente. IX^e Cong. int. Derm. de Budapest, sept. 1935.
- PARRAN. — Séro-diagnostic de la syphilis suivant les tests pratiqués dans 39 labor. municipaux, étude comparative. *The Journal of the Am. Med. Ass.*, 1937, p. 425.
- PAUCOT. — Réactivation de la syphilis apparemment éteinte par union consanguine de la Σ héréditaire. *Journal Méd. Paris*, 16 août 1938.
- PAWOLOW et KARZIN. — Influence de l'extirpation du chancre sur le développement de l'éruption générale de la syphilis du lapin. *Derm. Zeitsch.*, 5 sept. 1932.
- PERKEL (D.). — Syphilis inapparente. *Bull. Soc. franç. Derm. et Σ* , 43, 1936, p. 1126.
- PERKEL (D.), MOREYNIN, ISRAËLSON. — *Ann. Mal. Vén.*, 1928, p. 723.
- PERKEL (D.), ISRAËLON, ORETCHKINE. — Contribution à l'étude de la

- syphilis asymptomatique ou muette. *Sovietsky Vestnick Derm.*, 3 mars 1931.
- PREIS. — Les cicatrices sur les organes génitaux signifient le plus souvent syphilis. *Wiener Med. Woch.*, 1938, p. 1195.
- PRIGGE et ROTHERMUNDTH. — Uber symptombose syphilis infection. *Derm. Zetschrift*, 1927.
- REITER. — Die Bedeutung der symptomlosen Stummem Infection für die Immunitat *Deutsch. Med. Woch.*, 3, VII, 1925.
- Versuche über die Erzeugung einer Stummen Infection mittels schwer Immunisierung. *Klin. Woch.*, 12, VIII, 1928.
- RENAULT (P.). — Syphilis acquise sans chancre initial. *Bull. et Mém. Soc. Méd. de Paris*, 7 mars 1930.
- RENAUD et MIGOT. — Chancre syphilitique survenu chez une femme à Wassermann positif. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des hôpitaux*, 44, 1928.
- RICHE. — Syphilis héréditaire de seconde génération par parents sains. Thèse de Lille, 1924.
- RICHET (Ch. fils), DUBLINEAU et Mme MICHEL. — Les formes uniquement humorales de la syphilis expérim. du lapin. Académie, 1934, 27 ; XI.
- SCHLOSSBERGER. — Syphilis et framboisie chez les souris. *Central für Bakt*, 1927, t. CIV.
- Comportement du spirochète chez la souris après passage. *Méd. Klin.*, 1929, t. XXV.
- SCHULMANN (E.). — Etudes cliniques de syphiligraphie. Masson, éditeur, 1932.
- Syphilis sous chancre. *Pratique Médicale franç.*, septembre 1929.
- SEYDEL (Samuel). — Du fondement biologique et du mécanisme de la réaction de Bordet-Wassermann. Thèse Paris, 1936.
- SÉZARY et LÉVY (G.). — Le clavier sérologique au service de la syphilis. *Concours Médical*, 17 juin 1934.
- SIMON (Clément). — Sur la syphilis inapparente. *Bull. Méd.*, octobre 1934.
- SPILLMANN. — Dépistage de la syphilis chez les prostituées. *Annales mal. vénér.*, 10 octobre 1934.
- SPILLMANN (Alain). — Syphilis épidémique et porteurs de germes. Thèse de Nancy, 1932.
- SYRING (Paul). — *Dermat. Méd. Woch.*, 1931. Mise en évidence de tréponème chez les P. G.
- TEISSIER, REILLY, RIVALIER (Stéfanesco). — Les affections varioliques inapparentes. *C. R. Soc. Biol.*, 1931.
- TOURAINE. — Réaction de Wassermann en dehors de la syphilis. *Revue de Médecine*, 1920, n° 2.

- TZANCK. — Syphilis et transfusion sanguine. *Arch. Dermat. et Syphilis de la clinique*, juin 1938.
- UHLENHUTH et GROSSMANN. — Nouvelles expériences sur la syphilis expérimentale du lapin. *Klin. Woch.*, 1927.
- Recherches sur la prise de l'infection syphilitique expérimentale chez le lapin après injection intraveineuse. *Méd. Klin.*, 1926.
- UHLENHUTH et MULZER. — Weitere Beiträge zur experim. syph. *Berl. Klin. Woch.*, 1917, IV.
- VIDAL et BÉDARD. — A propos du séro-diagnostic de la syphilis. Discussion de la valeur des réactions de floculation. *Arch. Soc. Méd. et biol. Montpellier*, décembre 1934.
- VIGNES. — Diagnostic de la syphilis conjugale. *Progrès Médical*, 2 janvier 1936.
- WARTHIN. — Les lésions de la syphilis latente. *The British Medical Journal*, 1929, p. 236.
- WEILL (Jean). — Syphilis sans chancre. *Soc. Méd. pratique*, n° 11 décembre 1915, an I, et 15 juin 1935.
- WEIN et SILLERMANN. — La syphilis ignorée. *Sovietski-Vestnik-Vénérologie et Dermat.*, n° 7, 1932.
- WAINTRAUB. — Les signes majeurs et les signes mineurs de la syphilis acquise, syphilis pauci-symptomatique et syphilis fruste. *Paris Médical*, 1937.
- La syphilis asymptomatique. *Revue française de Dermatol. et Vénérologie*, 13, 1937.
- WORMS. — Inf. syph. exp. inapparente chez le singe et le lapin. *Deutsch. Med. Woch.*, 1926, p. 785.
- YAHNEL et PRIGGE. — Sur la démonstration histologique de la présence du spiroch. pâle dans l'organisme de la souris. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 26 avril 1929.
- YAMAMOTO. — Influence de la température ambiante sur la syphilis expérim. du lapin. *Ac. Derm.*, 1928, t. XII.
- Examens cliniques dans la syphilis latente. *Yapanese Journ. of Derm. et Urol.*, 32, 1932, p. 95.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
GÉNÉRALITÉS	11
HISTORIQUE.....	14
ETUDE DE LA SÉROLOGIE.....	16
A. <i>Valeur théorique et application pratique de la sérologie</i>	16
1° La théorie du mécanisme de la réaction sérologique.....	16
2° La critique de la réaction.....	18
a) Elimination des faux résultats.....	18
b) Contrôle de la première analyse.....	20
c) La réaction est négative.....	20
d) La réaction est positive.....	21
e) La réaction est douteuse.....	22
3° Le clavier sérologique usuel.....	23
B. <i>Interprétation de la réaction sérologique comme symptôme isolé de la syphilis</i>	25
ETUDE CLINIQUE	26
A. <i>Le symptôme exclusivement sérologique de la syphilis chez la prostituée</i>	26
1° Observations.....	34
2° Discussion générale.....	54
a) Chancre et accidents secondaires n'ont pu être décelés..	56
b) S'agit-il de syphilis décapitée avec séro-réaction positive retardée.....	58
c) S'agit-il de réactivation sérologique d'une syphilis ancienne.....	59
d) S'agit-il d'une réaction sérologique oscillante.....	59
3° Quelques considérations statistiques.....	60
B. <i>Le symptôme exclusivement sérologique dans la syphilis conjugale</i>	63
C. <i>Le symptôme exclusivement sérologique au cours de la syphilis héréditaire</i>	65
D. <i>Syphilis sérologique de la femme enceinte</i>	67

CONSIDÉRATIONS D'ORDRE EXPÉRIMENTAL.....	69
A. <i>Syphilis asymptomatique expérimentale</i>	69
1° Influence des voies d'inoculation.....	72
a) Voie endoveineuse.....	72
b) Voie cutanéomuqueuse.....	72
c) Voie oculaire.....	73
2° Influence de la quantité de virus.....	73
3° Influence de la qualité de la souche et variabilité du virus...	74
B. <i>Syphilis asymptomatique expérimentale par superinfection</i>	76
C. <i>Conclusions</i>	79
ESSAI PATHOGÉNIQUE.....	81
A. <i>La source de contamination</i>	81
B. <i>L'organisme contaminé</i>	84
1° Causes anatomiques.....	84
2° Causes physiologiques et biologiques.....	85
a) Contamination intermenstruelle.....	86
b) Contamination en période menstruelle.....	88
c) Contamination pendant la grossesse.....	89
d) Contamination extra-génitale.....	90
3° Causes immunologiques.....	90
C. <i>L'agent de contamination</i>	91
INTÉRÊT PROPHYLACTIQUE DE LA SYPHILIS EXCLUSIVEMENT SÉROLOGIQUE.	93
CONCLUSIONS.....	95
BIBLIOGRAPHIE.....	99